# INTER-MEMO ECN
## Fiches de synthèse illustrées

# HANDICAP DOULEUR

## MODULES 4 & 6

- DERNIERES LOIS
- DERNIERES PRECISIONS DU MINISTERE
- CONFERENCES DE CONSENSUS



Laurent LE

VG

# INTERNAT – MEMOIRE

## HANDICAP & DOULEUR

## MODULE IV & VI

2ème édition

LAURENT LE



**Editions Vernazobres - Grego**
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61
ISBN 2-84136-692-8

# SOMMAIRE

## -MODULE 4. HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE



## -MODULE 6. DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENT

Notes personnelles

# TABLE DES MATIERES

## MODULE 4. HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE

## N°65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique.

- Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique.

## N°66. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.

- Argumenter la stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte.
- Prescrire les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses (P) et non médicamenteuses.
- Evaluer l'efficacité d'un traitement antalgique.

## N°67. Anesthésie locale, loco-régionale et générale.

- Argumenter les indications, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, loco-régionale ou générale.
- Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie.

## N°68. Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques.

- Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant.
- Préciser les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, indications et contre-indications.

**N°69. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.**

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.
- Argumenter les principes de la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un malade en fin de vie et de son entourage.
- Aborder les problèmes éthiques posés par les situations de fin de vie.

**N°70. Deuil normal et pathologique.**

- Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.

Notes personnelles

# N°49. EVALUATION CLINIQUE ET FONCTIONNELLE D'UN HANDICAP MOTEUR, COGNITIF OU SENSORIEL.

**MODELE DE WOOD**




## DEFINITION
## (Organisation Mondiale de la Santé)
## (GUIDE-BAREME :ministère, CDAPH)

**Déficience :**

- La déficience comprend :
    - Toute **perte de substance .**
    - Toute **altération** d'une structure, d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
- La déficience correspond donc une notion d'**ordre lésionnel**

.

**Incapacité :**

- Toute **réduction,** partielle ou totale, **de la capacité d'accomplir une activité,** dans les limites considérées comme normale pour un être humain.
- Elle **résulte d'une déficience.**
- L'incapacité correspond donc à une notion d'**ordre fonctionnel.**

**Handicap :**

- Résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou **interdit l'accomplissement d'un rôle normal** (en rapport avec l'âge, le sexe,les facteurs sociaux et culturels).
- On parle parfois de « désavantage social ».

**Barème :**

- **Fixe les divers taux d'incapacité**, d'après l'importance de la déficience (celle-ci étant appréciée par ces répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne).

| ECHELLE D'EVALUATION | GENERIQUE | SPECIFIQUE |
| --- | --- | --- |
| **CRITERES DE QUALITE** | • Simples<br>• Reproductibles<br>• Pertinentes<br>• Fiables<br>• Bonne sensibilité<br>• Validées<br>• Acceptables | |
| **DEFINITIONS** | Mesure des incapacités ou des handicaps faisant suite à des pathologies très diverses. | Mesure des incapacités ou des handicaps résultant d'une pathologie donnée. |
| **EXEMPLES D'ECHELLES LES PLUS UTILISEES** | **Déficience et incapacité :**<br>• Mesure d'indépendance fonctionnelle = **MIF**<br>• Index de **Barthel**<br>• Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Resources =Grille **AGGIR**<br>• Echelle de **Rankin** | **Déficience et incapacité :**<br>• Indice algo-fonctionnel de **Lequesne** (Marche en rhumatologie= type coxarthrose, gonarthrose)<br>• Indice fonctionnel de **Duröz** (Préhension en neurologie= type hémiplégie )<br>• **Timed Up and Go Test** (Equilibre en neurologie et en gériatrie)<br>• Echelle d'activité instrumentale de la vie courante de **Lawton** (Troubles cognitifs en neurologie= type maladie d'Alzheimer). |
| | **Handicap :**<br>• Indicateur de santé de **Nottingham** (Parfois utilisé) | **Handicap :**<br>• Auto-questionnaire de **Dallas** (lombalgies chroniques)<br>• Echelle **Ditrovie** (incontinence urinaire). |

## ECHELLES GENERIQUES (Liste de critères)

### MESURE D'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE = MIF

1. Soins personnels (Alimentation, toilette, habillage)
2. Contrôle des sphincters
3. Mobilité, transferts (lit, WC, baignoire)
4. Locomotion (marche, escaliers)
5. Communication (compréhension, expression)
6. Conscience du mode extérieur (interaction sociale, mémoire)

### INDEX DE BARTHEL

1. Alimentation
2. Bain
3. Continence rectale
4. Continence urinaire
5. Déplacements
6. Escaliers
7. Habillement
8. Soins personnels (Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents)
9. Usage des WC
10. Transfert du lit au fauteuil

### INDICATEUR DE SANTE DE NOTTINGHAM

1. Mobilité physique
2. Isolement social
3. Douleur
4. Émotions
5. Asthénie
6. Sommeil

### AGGIR = AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPE ISO RHESUS

1. Cohérence
2. Orientation
3. Toilette
4. Habillage
5. Alimentation
6. Elimination
7. Transferts
8. Déplacement à l'intérieur
9. Déplacement à l'extérieur
10. Communication à distance

### ECHELLE DE RANKIN

- 0 >>>Aucun symptôme
- 1 >>>Pas d'incapacité significative malgré les symptômes, capable de mener toutes ses obligations et activités habituelles.
- 2 >>>Incapacité légère, incapable de mener toutes activités antérieures mais capable de vaquer à ses occupations sans assistance.
- 3 >>>Invalidité modérée, a besoin de quelque aide mais capable de marcher seul.
- 4 >>>Invalidité moyennement sévère, incapable de marcher sans aide et incapable de gérer ses besoins corporels sans assistance.
- 5 >>>Invalidité sévère, rivé au lit, incontinent et nécessitant une surveillance et des soins de nursing permanents.

## CIDIH

## Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.

### DEFICIENCE

- **Intellectuelles** et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement
- Liées à l'épilepsie
- De **l'audition**
- Du **langage** et de la parole
- De la **vision**
- De la fonction **cardio-respiratoire**
- De la fonction et de la sphère digestive
- De la fonction urinaire
- Métaboliques, enzymatiques
- Du système immunitaire et hématopoïétique
- Motrices et de l'appareil locomoteur
- Esthétiques

### INCAPACITE

- **Comportement**
- **Communication**
- **Locomotion**
- Soins corporels
- Utilisation du corps pour certaines tâches précises
- Maladresse
- Retentissement sur certaines situations uniquement
- Retentissement sur les aptitudes à la vie professionnelle et aux occupations
- Autres restrictions d'activité.

### HANDICAP

- **Orientation**
- **Mobilité**
- **Occupations**
- Intégration **sociale**
- Indépendance **physique**
- Indépendance **économique.**

## ATTENTION

1. La COTOREP et la CDES n'existe plus  de puis la loi du 11 février 2005. En effet, ces structures ont été remplacées par la CDAPH.
2. Le ministère de la Santé et des Solidarités a effectué de nombreuses modifications depuis la loi du 11 février 2005 jusqu'à mi 2007 (précisant la loi de 2005 et créant de nouvelles structures).
3. De nouveaux principes ont été crées : le droit de compensation... (cf ci après)

**LOI DU 11 FEVRIER 2005**
**(Et ensemble des précisions du ministère de la santé et de la solidarité de 2005 à 2007)**

| Avant la loi du 11 février 2005 | Après la loi du 11 février 2005<br>+ précisions du ministère |
|---|---|
| • COTOREP=<br>COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel<br>• CDES=<br>Commission Départementale de l'éducation spéciale)<br>• SVA=<br>Service pour la Vie Autonome | CDAPH=<br>Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées<br><br>MDPH =<br>Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| Complément d'AAH | Complément de ressources<br>OU<br>Majoration pour vie autonome |
| ACTP=<br>Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes | Prestation de compensation |
| Carte « station debout pénible » | Carte de priorité pour personne handicapée |

(Le SVA concerne l'achat de matériel onéreux)

## COMPETENCE DE LA CDAPH

| | |
|---|---|
| **Définition** | • **Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées**<br>• Nouvelle instance chargée des décisions d'attribution des prestations et d'orientation<br>• Crée par la **loi du 11 février 2005**<br>• **Remplace la COTOREP** (COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel) **et la CDES** (Commission départementale de l'éducation spéciale)<br>• Elle est **au sein de la MDPH** = maison départementale des personnes handicapées |
| **Rôles** | • Elle **évalue** les besoins du sujet handicapé<br>• Elle **élabore un plan personnalisé** de compensation avec l'équipe d'évaluation<br>• Elle **prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations**<br>• Elle est **responsable** des décisions pour l'ensemble des aides proposées (Prestation de compensation, AEEH (ex-AES), AAH, cartes d'invalidité ou de priorité, etc.) |

| MDPH = maison départementale des personnes handicapées | |
| --- | --- |
| **Définition** | • Créé par la **loi du 11 février 2005**<br>• **Lieu unique** destiné à **faciliter les démarches** des personnes **handicapées**<br>• Présent **dans chaque département** mais **sous l'égide des Conseils Généraux**<br>• Permet un **accès unifié aux droits et prestations** prévus pour les personnes handicapées<br>• « ***Exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps*** » selon le Ministère de la Santé et des Solidarité (Février 2007) |
| **8 missions** | • Elle **informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille** dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.<br>• Elle **met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne** sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.<br>• Elle **assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap.<br>• Elle **reçoit toutes les demandes de droits ou prestations** qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie.<br>• Elle **organise une mission de conciliation** par des personnes qualifiées.<br>• Elle **assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises**.<br>• Elle **organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux** et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.<br>• Elle **met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers**. |

## MDPH = maison départementale des personnes handicapées

| | |
|---|---|
| **Instances composant la MDPH** | **Une Commission exécutive administre la Maison départementale.**<br>Elle est constituée de **plusieurs intervenants**:<br>• **Directeur**, nommé par le Président du conseil général, dirige la MDPH et met en oeuvre les délibérations de la commission exécutive.<br>• **Equipe pluridisciplinaire** évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation.<br>• Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé.<br>• **Référent** pour l'insertion professionnelle est désigné dans chaque MDPH.<br>• **Equipe de veille de soins infirmiers** évalue les besoins de prise en charge, met en place les dispositifs nécessaires et gère un service d'intervention d'urgence.<br>• **Fonds départemental de compensation** est géré par la Maison départementale. Il reçoit les financements de différents contributeurs réunis dans un comité de gestion qui décide de leur emploi. |
| **Partenariats possibles** | • **Les comités locaux d'information et de coordination** : lieux d'accueil de proximité pour les personnes âgées et leur entourage.<br>• **Les centres communaux d'action sociale.**<br>• **Les organismes** assurant des services d'évaluation, des associations.<br>• **Les centres de référence maladies rares,** centres de ressources autisme et autres centres pouvant apporter son concours à l'information des personnes ou à l'évaluation. |

| | |
|---|---|
| **Droit à la compensation** | • Principe posé par la nouvelle **loi du 11 février 2005.**<br>• ***« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».***<br>• Sa conséquence directe est la création d'un **« plan personnalisé de compensation ».**<br>**Indépendamment du droit à compensation, la loi handicap :**<br>• **Améliore les ressources** des personnes handicapées qui perçoivent l'ancienne allocation aux adultes handicapés (AAH) .<br>• **Réaffirme et renforce les aides existantes** pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et réduire les obstacles que celles-ci rencontrent dans la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale. |
| **Plan personnalisé de compensation** | **1e étape = Evaluation :**<br>• Par l'**équipe pluridisciplinaire** .<br>• Réalisée dans le cadre d'un **dialogue** avec la personne ou son représentant légal, sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux.<br>• Se basant sur les **besoins de compensation** de la personne handicapée<br>• Pouvant donner lieu à une visite sur le lieu de vie de la personne, pour tenir compte de son environnement.<br>**2e étape=Résultat = Plan personnalisé de compensation :**<br>• **Validé par la CDAPH.**<br>• Il contient **l'ensemble des éléments** qui permettent la compensation du handicap.<br>• Il attribue la **Prestation de compensation du handicap (PCH) .** |
| **Prestation de compensation du handicap (PCH)** | **Cf ci dessous .** |

## PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

| | |
|---|---|
| **Conditions** | • **Sans conditions de ressources .**<br>• De **20 à 60 ans.**<br>• Sujet résidant de façon stable et régulière en **France.**<br>• Sujet ayant une **difficulté absolue** à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne (se laver, se déplacer...) ou une difficulté grave pour au moins deux activités. |
| **Modalités** | Versée en **nature ou en espèces.**<br><br>**Elle finance 5 types d'aides :**<br>• Aides **humaines** (y compris des aidants familiaux), concourant aux actes essentiels de la vie quotidienne. Exemple : des auxiliaires de vie.<br>• Aides **techniques** (équipements adaptés ou conçus pour compenser une limitation d'activité). Exemples : achat d'un fauteuil roulant, d'un ordinateur à lecture optique.<br>• **Aménagement** du logement, du véhicule ou financement des surcoûts liés au transport.<br>• **Aides spécifiques ou exceptionnelles** (lorsque le besoin n'est pas financé par une autre forme d'aide).<br>• **Aides animalières**, contribuant à l'autonomie de la personne handicapée. Exemple : entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle. |

## PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

| | |
|---|---|
| **Démarches d'obtention** | 1. La demande de Prestation de compensation est exprimée sur un **formulaire remis par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** qui doit être rempli, signé et complété par diverses pièces justificatives, dont un **certificat médical du médecin traitant.**<br>2. Si elle le souhaite, la personne handicapée commence par exprimer ses besoins et ses aspirations dans son **« projet de vie ».** L'équipe de la MDPH peut apporter une aide pour formuler ce projet de vie.<br>3. **Une équipe pluridisciplinaire** est ensuite chargée d'**évaluer les besoins** de la personne et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux. Cette équipe rencontre la personne handicapée et se rend sur son lieu de vie pour apprécier ses besoins.<br>4. A la suite du dialogue avec la personne concernée, l'équipe construit un **« plan personnalisé de compensation »,** qui comprend des propositions en réponse à des besoins divers. Ce plan est transmis à la personne handicapée qui dispose de 15 jours pour faire des observations.<br>5. Le bilan de l'évaluation des besoins et le plan proposé par l'équipe d'évaluation sont présentés à la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations**. Les associations de personnes handicapées sont membres de cette Commission à la quelle la personne concernée peut participer ou se faire représenter.<br>6. Le patient reçoit le plan personnalisé définitif avec attribution de la **Prestation de compensation du handicap (PCH).** |

## Items utilisé par la CDAPH pour juger du degré d'autonomie (Grille AGGIR)

| | |
|---|---|
| **Cohérence** | Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée |
| **Orientation** | Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux |
| **Toilette** | Concerne l'hygiène corporelle |
| **Habillage** | S'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage |
| **Alimentation** | Manger les aliments préparés |
| **Elimination** | Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale |
| **Transferts** | Se lever, se coucher, s'asseoir |
| **Déplacement à l'intérieur** | Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant |
| **Déplacement à l'extérieur** | A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport |
| **Communication à distance** | Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme |

**Pour chacun des 10 items, le médecin doit noter :**

A : si le patient fait seul, habituellement, correctement
B : s'il fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : s'il ne fait pas

# PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN ADULTE HANDICAPE

## EMPLOI

1- **Formation**

2- **Etablissement de travail protégé**
- **AP** (= atelier protégé)
- **CDTD** (= centre de distribution de travail à domicile)

3- **CAT** (= centre d'aide pour le travail)

4- Emploi en **milieu ordinaire** de travail.

## SOCIAL ET FINANCIER

1- **Carte d'invalidité (si CDAPH ≥ 80%)**
2- **Macaron grand invalide civil**
3- **AAH (= allocation adulte handicapé)**
4- **Majoration pour vie autonome**
**OU**
**Complément de ressources**
5- **Prestation de compensation du handicap (PCH)**
6- **Aide au logement :**
- **ALS** (= aide au logement à caractère social)
- **APL** (= aide personnalisée au logement)
- **ALF** (= allocation logement à caractère familial).

7- **Affectation à l'assurance vieillesse systématique** (= passage direct à la « retraite au titre d'inaptitude »).
8- **Carte de priorité** pour personne handicapée

## HEBERGEMENT

1. **Foyer d'hébergement**
2. **Foyer de vie ou occupationnel**
3. **Maison d'accueil spécialisé.**

**Remarque :**

**Certaines prestations comme l 'allocation compensatrice peuvent être encore en vigueur chez certains sujets.**

**En effet, les patients bénéficiant de cette allocation avant février 2005 peuvent la conserver jusqu'à échéance de son droit. A la date d'échéance, l'allocation compensatrice sera remplacée par la majoration de vie autonome ou le complément de ressources.**

## EMPLOI - FORMATION

**La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :**

- **La CDAPH:**
  - **reconnaît** s'il y a lieu **la qualité de travailleur handicapé**
  - **classe** le travailleur au regard de la gravité de son handicap, de sa capacité à exercer une activité professionnelle, **dans l'une des catégories A, B ou C.**
  - **oriente** les personnes :
    - ✓ vers une formation,
    - ✓ vers un établissement de travail protégé,
    - ✓ ou décider qu'elles relèvent d'un emploi en milieu ordinaire de travail.
- **Cette reconnaissance d'aptitude au travail est obligatoire** pour bénéficier des mesures d'aides à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- En revanche, la reconnaissance de travailleur handicapé n'a pas d'incidence sur l'attribution des allocations et sur la carte d'invalidité.

**Formation professionnelle :**

- Elle peut être **dispensée** :
  - soit dans des établissements agréés par la Sécurité sociale, centres de rééducation professionnelle adaptés à des travailleurs handicapés,
  - soit dans l'ensemble des autres organismes de formation professionnelle.
- **Différents types** :
  - Les **centres de rééducation professionnelle**
    - ✓ Ils préparent aux métiers du secteur agricole, industriel ou commercial,
    - ✓ sur une durée d'une à trois années.
    - ✓ Pour les stages agréés, les stagiaires en formation sont rémunérés.
  - Le **contrat de rééducation chez l'employeur**
    - ✓ But=enseignement d'un métier ou le ré-entraînement à l'exercice de l'ancienne profession.
    - ✓ Un contrat de travail à durée indéterminée est conclu entre l'organisme de prise en charge le salarié et l'employeur.
  - L'**apprentissage**
    - ✓ Formation théorique et pratique donnée à des jeunes handicapés de 16 à 26 ans, sanctionnée par un diplôme de l'enseignement technique.
    - ✓ Il y a contrat de travail et rémunération par l'employeur.

## EMPLOI – FORMATION (SUITE)

**Emploi en milieu ordinaire**

- La **CDAPH** peut proposer une orientation en milieu ordinaire de travail.
- En revanche, elle ne propose pas d'emplois.
  - En **entreprise**
    - ✓ Le placement relève de la compétence de **l'ANPE.**
    - ✓ Pour la recherche d'emploi, la **CDAPH** peut proposer l'aide d'une équipe de préparation et de suite du reclassement (EPSR).
    - ✓ Diverses dispositions favorisent l'emploi des personnes handicapées : aménagement de poste, aides de l'Etat et de l'AGEFIPH et abattements de salaires compensés.
    - ✓ En application de la loi du 10.07.1987, tout employeur occupant au moins 20 salariés est tenu d'employer 6 % de personnes handicapées, la loi prévoyant toutefois d'autres possibilités de s'acquitter partiellement de cette obligation d'emploi.
    - ✓ Etre reconnu travailleur handicapé par la **CDAPH** permet de faire partie des bénéficiaires de cette loi.
  - Dans la **fonction publique d'Etat, dans la fonction publique territoriale, dans la fonction publique hospitalière**
    - ✓ L'accès à la fonction publique se fait en principe par concours ou par examen.

**Emploi en établissement de travail protégé**

- Les **ateliers protégés (AP)** et les **centres de distribution de travail à domicile (CDTD)**
- Ce sont des entreprises employant au moins 80 % des travailleurs handicapés qui peuvent exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités.
- Ces entreprises doivent favoriser l'insertion et la formation professionnelle en tenant compte du handicap du travailleur.
- Le CDTD offre en sus la possibilité de travailler à domicile.
- Le salaire versé par l'employeur est complété par l'Etat au titre de la garantie de ressources.

**Les centres d'aide par le travail (CAT)**

- **Etablissements médico-sociaux** proposant aux personnes handicapées une activité productive, directement en leur sein ou dans le cadre de détachement en milieu ordinaire.
- Ils offrent les soutiens sociaux, éducatifs, médicaux et psychologiques qui conditionnent cet exercice.
- Après une période d'essai, la personne handicapée bénéficie de la garantie de ressources (salaire direct versé par le CAT et complément de rémunération versé par l'Etat).

## AIDES SOCIALES ET FINANCIERES

### La carte d'invalidité :

- Elle est délivrée sur commande par le préfet ; **durée déterminée par la CDAPH**; personnes dont le **taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %** et qui résident en France.
- La carte station debout pénible donne accès à des places de transports en commun.
- La **CDAPH** évalue le taux d'incapacité de la personne handicapée sur la base d'un barème.
- Elle procure des avantages fiscaux ainsi que des avantages dans les transports en commun.

### Le macaron Grand Invalide Civil (GIC) :

- Il permet à son titulaire ou à son accompagnateur d'utiliser les **places réservées à l'attention exclusive des véhicules des personnes handicapées.**
- Peuvent y prétendre les personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité et qui présentent un handicap physique, sensoriel ou mental qui réduit de façon importante l'autonomie de déplacement ou qui impose d'être accompagné par une tierce personne lors des déplacements.
- Il est délivré pour la **même durée que la carte d'invalidité.**

### L'allocation aux adultes handicapées (AAH) :

- Elle est attribuée aux personnes dont **le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou** aux personnes dont le taux d'incapacité est inférieur à ce taux et **au moins égal à 50 % et qui sont, compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la CDAPH de se procurer un emploi.**
- La **CDAPH** apprécie cette incapacité sur la base d'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.
- En plus des conditions médicales, son attribution est soumise à des conditions administratives examinées par les CAF ou les CMSA, à savoir : âge, nationalité, résidence et ressources.

**Majoration pour vie autonome OU complément de ressources**

- **Remplace le complément d'AAH**
- **Ne sont pas cumulable**
- **Se distinguent** par certains critères :
  - **Majoration pour vie autonome** = destinée aux personnes handicapées **qui peuvent travailler mais ne travaillent pas**. Elle a pour objectif de favoriser la vie autonome en allégeant les charges d'un logement indépendant.
  - Complément de ressources= s'adresse aux personnes handicapées qui se trouvent dans **l'incapacité quasi absolue de travailler**. Ce complément majore leur AAH à taux plein pour constituer la Garantie des ressources aux personnes handicapées (GRPH). Celle-ci vise à permettre une vie aussi autonome que possible aux personnes handicapées durablement privées de revenu d'activité.

**L'allocation compensatrice :**

- **Celle-ci a disparu , remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH)**
- **Cependant les sujets bénéficiant de cette allocation avant février 2005 peuvent la conserver jusqu'à échéance de son droit**
- Allocation d'aide sociale accordée à toute personne handicapée dont l'état **nécessite une aide effective pour les actes essentiels de l'existence ou à qui l'exercice d'une activité professionnelle impose des frais supplémentaires.**
- Son attribution est soumise à des conditions de ressources et de résidence.
- Elle est versée par les services du Conseil Général.

**Prestation de compensation du handicap (PCH) =** (cf descriptif précédent)

**L'aide au logement :**

- Allocation au logement à caractère social **(ALS),** allocation de logement à caractère familial **(ALF)** ou aide personnalisée au logement **(APL).**
- Demande à formuler auprès de la caisse d'allocations familiales.

**L'affiliation à l'assurance vieillesse pour les non-affiliés à un autre titre :**

- Elle peut être demandée par les personnes qui assurent au foyer familial la charge d'un adulte handicapé dont **l'incapacité est au moins égale à 80 % et dont le maintien au foyer est reconnu souhaitable par la CDAPH**.
- Elle est soumise à un plafond de ressources.

## ORIENTATION EN ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL OU D'HEBERGEMENT

Foyers d'hébergement :

- Pour **travailleurs handicapés exerçant une activité**
- En CAT
- En atelier protégé
- En milieu ordinaire

Foyers de vie ou occupationnels :

- Pour les personnes handicapées
- N'étant **pas en mesure d'exercer une activité professionnelle**
- mais bénéficiant d'un minimum d'autonomie pour accomplir les actes simples de la vie quotidienne.

Maisons d'accueil spécialisées :

- Temporaire ou de longue durée
- **En internat**
- Pour personnes handicapées âgées de **moins de 60 ans**
- Dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants

| | |
|---|---|
| **DEFINITION** | • **Perte de la capacité de travail** ou de gain<br>• Mettant le sujet hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque<br>• Avec un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité |
| **CONDITIONS D'ACCES** | • La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due :<br>o à une **maladie**<br>o ou à un **accident non professionnel**<br>• Le travailleur doit :<br>o être âgé de **moins de 60 ans**<br>o être immatriculé depuis 12 mois au premier jour du mois au cours duquel débute l'affection invalidante<br>o justifier d'un minimum d'heures de travail |
| **FONCTIONNEMENT** | • L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la " **capacité de travail restante ", de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle** (art. L341.3 du code de la séc. soc.)<br>• L'état d'invalidité intervient :<br>o **en relais de l'assurance maladie (en général au bout de 3 ans de versements d'indemnités journalières (notion de prestations en espèces))**<br>o lors de la constatation médicale d'une " usure prématurée de l'organisme "<br>• La demande est faite<br>o soit par la **caisse d'assurance maladie**<br>o soit par le salarié (avec appui du médecin traitant ou de l'ophtalmologiste traitant).<br>• L'évaluation de l'importance de l'invalidité est de la responsabilité du médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie. Le classement se fait en 3 catégories :<br>o **catégorie 1** : l'invalide est **capable** d'exercer une activité **rémunérée au tiers de ses capacités antérieures***<br>o **catégorie 2** : l'invalide est (+/-absolument) **incapable d'exercer une activité professionnelle** quelconque<br>o catégorie 3 : l'invalide est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, **dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.** |
| **LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL** | • **Attention à bien différencier la notion d'invalidité reconnue par l'organisme d'assurance maladie, et l'aptitude à un poste de travail formulée par le médecin du travail.**<br>• Il détermine l'aptitude au poste lors de la reprise du travail à temps partiel du salarié en invalidité 1ère catégorie, ou sous certaines conditions du salarié classé en 2ème catégorie. |

*** Un patient X perd son emploi par cause d'invalidité. S'il retrouve un nouvel emploi rémunéré à moins d'un tiers de son ancien salaire (ou s'il n'en retrouve pas), il doit être classé dans la catégorie 2. La grille indicative du taux d'invalidité de son handicap est mise à part, car il y a eu un préjudice professionnel et financier. Le montant de sa pension sera calculée en fonction de son classement en catégorie 2. (Cf ci après)**

| ASPECT FINANCIER | |
|---|---|
| | • **Le montant de la pension est calculé** :<br>o sur la **base d'une rémunération moyenne** qui prend en compte les dix meilleures années de salaire du patient<br>o **en fonction du groupe d'invalidité** dans lequel le patient se trouve. **Selon qu'il puisse continuer ou non à exercer une activité professionnelle** et qu'il ait besoin ou non d'une Tierce Personne pour accomplir les actes de la vie courante.<br><br>• **Montant en fonction du groupe d'invalidité :**<br>o Montant de la pension **première** catégorie : correspond à **30 % du salaire** annuel moyen des dix meilleures années du patient qui peut continuer à exercer une activité professionnelle.<br>o Montant de la pension **deuxième** catégorie :à **50 % du salaire** annuel moyen des dix meilleures années du patient. L'attribution de cette pension ne lui permet plus de travailler.<br>o Montant de la pension **troisième** catégorie :correspond à **50 % de son salaire** moyen annuel des dix meilleures années. **Le minimum mensuel étant plus élevé que dans la deuxième catégorie**<br><br>• **Le versement** :<br>o Le versement est **mensuel jusqu'à l'âge de 60 ans**. Il est effectué à terme échu.<br>o **Après 60 ans**, la pension est supprimée et **transformée en pension de vieillesse.**<br>Selon l'évolution de l'état de santé du patient, la pension peut faire l'objet d'une révision, d'une suspension voire d'une suppression. |

## L'INVALIDITE

| | |
|---|---|
| **CONSEQUENCES PRATIQUES POUR LE PATIENT MALVOYANT OU AVEUGLE** | • **Mesures économiques spécifiques:**<br>o **Pension d'invalidité**<br>o Remboursement des soins à **100%**<br>o Versement d'une **allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI)** sous certaines conditions.<br>o **L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)** peut éventuellement s'ajouter à la pension d'invalidité.<br>o **Le montant de l'allocation d'assurance chômage** servie aux bénéficiaires d'une pension de la deuxième ou troisième catégorie ou d'une pension d'invalidité acquise à l'étranger est égal à la différence entre le montant de l'allocation et de la pension d'invalidité.<br>• **Autres mesures (cf reste du chapitre)** |
| **REMARQUES** | • **La " pension d'invalidité ",** évaluée par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie, est le plus souvent attribué en relais des prestations en espèces, à l'expiration de la période indemnisable.<br>• **L'invalidité n'est jamais définitive**, et le classement peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé, et de la possibilité de reprendre une activité professionnelle, à la demande de l'assuré ou à l'initiative de l'organisme de couverture sociale.<br>• **En cas de reprise d'activité salariée**, la pension du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de son salaire dépasse le salaire qu'il percevait avant son arrêt de travail suivi d'invalidité.<br>En cas de reprise d'activité professionnelle non salariée, la pension d'invalidité du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de sa rémunération dépasse un plafond de ressources |

# N°50. COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITE ET DU DECUBITUS. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE.

| | |
|---|---|
| **Cutanées** | • **Escarre.** |
| **Cardio-vasculaires** | • Oedème<br>• **Thromboses veineuses**<br>• Hypotension orthostatique. |
| **Pulmonaires** | • **Trouble de ventilation** au niveau des bases pulmonaires, atélectasies<br>• **Pneumopathies**<br>• **Syndrome d'inhalation** (par fausses routes)<br>• Embolie pulmonaire (par thrombophlébite) |
| **Urinaires** | • **Infections urinaires**<br>• Lithiases urinaires<br>• **Incontinence** / RAU |
| **Digestives** | • RGO<br>• **Fausses routes alimentaire**<br>• **Constipation** |
| **Locomotrices et neurologiques** | • Compressions nerveuses<br>• **Rétractions musculo-tendineuses**<br>• Ostéoporose |
| **Métaboliques** | • **Dénutrition**<br>• **Déshydratation** |
| **Psychologiques** | • **Dépression** |

| | |
|---|---|
| **Cutané** | • Bonne nutrition et bonne hydratation<br>• **Nursing :**<br>→ **Matelas spécifique**<br>→ **Changement de position**<br>→ **PAS de massage des points de compression**<br>• Bonne hygiène locale |
| **Cardio-vasculaire** | • Thromboses :<br>→ Mobiliser les membres<br>→ **HBPM**<br>→ **Bas de contention**<br>• Hypotension orthostatique :<br>→ Eviter médicaments hypotenseurs<br>→ Réadaptation à l'orthostatisme (lever en plusieurs phases)<br>→ Bas de contention |
| **Pulmonaire** | • **Kinésithérapie**<br>• Vaccin anti-grippal<br>• Eviter les antitussifs |
| **Urinaire** | • Traiter une infection urinaire si symptomatique<br>• Traiter toute incontinence<br>• Sonder tout globe |
| **Digestive** | • **Prévention de la dénutrition**<br>• Bonne hydratation<br>• Bassin régulier et dépistage d'un fécalome ± laxatifs |
| **Locomoteur et neurologique** | • Mobilisation passive et active précoce<br>• Bilan phospho-calcique |
| **Métabolique** | • **Régime hypercalorique et hyperprotidique**<br>• **Hydratation**<br>• Pas d'aliments anorexigènes |
| **Psychologique** | • Eliminer une cause organique<br>• **Soutient psychologique**<br>• Limiter les psychotropes |
| **Douleur** | • **Antalgique OMS (palier I à III)**<br>• **Evaluation de la douleur (EVA)** |

Notes personnelles

# N°51. L'ENFANT HANDICAPE : ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE.



## LOI DU 11 FEVRIER 2005
(Et ensemble des précisions du ministère de la santé et de la solidarité de 2005 à 2007)

| Avant la loi du 11 février 2005 | Après la loi du 11 février 2005 + précisions du ministère |
| --- | --- |
| • COTOREP= COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel<br>• CDES= Commission Départementale de l'éducation spéciale)<br>• SVA= Service pour la Vie Autonome | CDAPH= Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées<br><br>MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| AES= Allocation d'Etude Spécialisé | AEEH= Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé |
| - | ESS= Equipe de Suivi Spécialisé |
| APP= Allocation de Présence parentale | AJPP= Allocation Journalière de Présence parentale |

(Le SVA concerne l'achat de matériel onéreux)

**CDAPH=**
**Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées**

**MDPH =**
**Maison Départementale des Personnes Handicapées**

**ESS=**
**Equipe de Suivi Spécialisé**

**PPS=**
**Projet Personnel de Scolarisation**

## PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN ENFANT HANDICAPE

### TYPE DE PRISE EN CHARGE

**1-Multidisciplinaire**
**2-Coordonnée**
**3-Adaptée à l'environnement**
4-Avec un **suivi** régulier
5-Avec comme buts principaux :
- Limiter un handicap majeur
- **Empêcher une exclusion**

### INTERVENANTS MIS EN JEU

**1-Médecin** (pédiatre, psychiatre, neurologue)
**2-Kinésithérapeute / orthophoniste**
3-Puéricultrice / infirmière
**4-Psychologue**
5-Ergothérapeute / orthoptiste / psychomotricien
6-Enseignant / éducateur

**1-Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement :**

- **-Hospitalier**
- **-Service de rééducation fonctionnelle**
- **-MECS** ( = maisons d'enfants à caractères sanitaires)

**2-Structures sanitaires sans possibilités d'hébergement :**

- **-CAMPS** (= centre d'action médico-social précoce)
- **-CMP** ( = centre médico-pédagogique)
- **-CMPP** ( = centre médico-psycho-pédagogique)

**3-Structures médico-éducatives :**

- **-IME** ( = institut médico-éducatif)
- **-IMP** ( = institut médico-pédagogique)
- **-IEM** ( = instituts d'éducation motrice)
- **-SESSAD** (=service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

**4-Structures éducatives pures :**

- **-CLIS** ( = classe d'intégration scolaire)
- **-UPI** ( = unités pédagogiques d'intégration)
- **-EREA** (= établissements régionaux d'enseignement adapté)
- **-SEGPA** ( = section d'enseignement général et professionnel adapté)

**5-Aide sociale et financière :**

- **-100%**
- **-AEEH** ( = allocation d'éducation de l'enfant handicapé)
- **-AJPP** ( = allocation journalière de présence parentale)

**6-Puis à l'âge adulte :**

- **-CAT** ( = centre d'aide pour le travail)
- **-IM-Pro** ( = institut médico-professionnel)
- **-AAH** ( = allocation adulte handicapé)
- **-Carte invalidité**

## PRECISIONS SUR LES STRUCUCURES DE PRISE EN CHARGE

| | | |
|---|---|---|
| Structures sanitaires sans possibilité d'hébergement | **CENTRES MEDICO-PEDAGOGIQUES (CMP)**<br><br>**CENTRES MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CMPP)** | • **Type de handicap pris en charge**<br>  ○ **pédopsychiatrique**<br>  ○ psychologique<br>• **Critères et fonctionnement**<br>  ○ enfants de **plus de 6 ans**<br>  ○ **pas d'hébergement ni de scolarité**<br>  ○ sur le mode de consultations.<br>• **Equipe soignante**<br>  ○ Psychiatres<br>  ○ Psychologues<br>  ○ rééducateurs en psychomotricité<br>  ○ orthophonistes<br>  ○ assistantes sociales<br>• **Remboursement des soins :**<br>  ○ **pris en charge par la CPAM** |
| Structures sanitaires sans possibilité d'hébergement | **CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP)** | • **Objectifs** :<br>  ○ **Diagnostic précoce du handicap et dépistage**<br>  ○ Prise en charge pluridisciplinaire<br>  ○ **Avant l'âge de 6 ans**<br>  ○ En soins externes sans scolarité<br>• **Remboursement des soins :**<br>  ○ Pas de nécessité d'accord préalable<br>  ○ Remboursement des **consultations et des séances de rééducation** par la **CPAM** |

| | | |
|---|---|---|
| Structures médico-éducatives | **INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS (IME)** | • **Handicap concerné** :<br>  o déficit **intellectuel** avec ou sans problème de comportement<br>  o déficit **moteur**<br>• **Critères et fonctionnement**<br>  o scolarité spécialisée<br>  o des externats médico-éducatifs (rentrent chez eux le soir)<br>  o internats (au domicile le week-end et les vacances scolaires).<br>• **Remboursement des soins :**<br>  o **entente préalable de la CDAPH**<br>  o pris en charge par la **CPAM** |
| | **SERVICES DE SOINS ET D'EDUCATION SPECIALISEE A DOMICILE (SESSAD)** | • **Modalités :**<br>  o équipe pluridisciplinaire ambulatoire<br>  o pour des enfants **jusqu'à 18 ans**.<br>• **Remboursement des soins :**<br>  o **entente préalable de la CDAPH**<br>  o pris en charge par la **CPAM** |
| Aides sociales et financièrtes | **AIDES A INCIDENCE FINANCIERE** | • Demande faite **sur dossier**<br>• Commission plénière (la commission plénière comprend des médecins, des psychologues, assistantes sociales, enseignants, administratifs)<br>• Avis du dossier<br>• **Décision de la CDAPH**<br>• Attribuées pour des périodes de 1 à 5 ans renouvelables. |

| | | |
|---|---|---|
| | CDAPH | • **But=aide parentale pour la prise en charge :**<br>o **éducative**<br>o l'orientation scolaire<br>• **Fonctionnement :**<br>o décisions d'orientation de la **CDAPH**<br>o **propositions aux parents**<br>o programmées avec les structures sanitaires ou médico-éducatives sans internat. |
| | CARTE D'INVALIDITE | • **Condition :**<br>o après examen clinique par expert médical<br>o **>80 % d'invalidité.**<br>• **Avantages :**<br>o **Gratuité d'un transport aller-retour par jour** pour aller à l'école en transport collectif ou individuel.<br>o Une demie-part d'impôt supplémentaire pour les parents<br>o Dégrèvement possible pour la taxe d'habitation et l'impôt foncier |

| | |
|---|---|
| **ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE AEEH** | • **Remplace l'ex-AES (allocation d'éducation spécialisé)**<br>• **Condition :**<br>  ○ **au moins 80 % d'invalidité** isolément<br>  ○ 50 % en association avec des soins réguliers de rééducation<br>  ○ dépenses régulières prouvées pour son éducation.<br>• **Avantages :**<br>  ○ hospitalisation : exonération du forfait journalier<br>  ○ périodes ou l'enfant n'est pas hébergé la nuit dans un établissement spécialisé : Aide financière propre |
| **ALLOCATION JOURNALIERE DE PRESENCE PARENTALE AJPP** | • **Remplace l'APP (Allocation de présence parentale)**<br>• Versée par la **CAF**<br>• Elle **permet de suspendre ou de réduire l'activité professionnelle afin de s'occuper de l'enfant**<br>• **Condition :**<br>  ○ l'enfant à charge doit avoir **moins de 20 ans**, et être victime d'une maladie, d'un accident ou d'un **handicap** d'une « particulière gravité » justifiant la présence d'un parent à ses côtés pour assurer les soins<br>  ○ le ou les parents doivent prendre des **congés, afin de pouvoir rester auprès de l'enfant**<br>• Elle n'est **pas soumise à condition de ressources.Son montant varie en fonction :**<br>  ○ du nombre de jours de congés<br>  ○ de la composition de la famille |

Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement

## SERVICES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION

- **Eléments pris en charge :**
  - **soins**
  - **scolarité**
- **Mode de fonctionnement** :
  - hospitalisation de jour
  - hospitalisation de semaine
  - hospitalisation complète.
- **L'entrée :**
  - directement
  - sans accord préalable de la Sécurité Sociale,
  - après décision du médecin responsable du service
  - sur des **critères médicaux.**
- **Le remboursement des soins :**
  - incombe à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie **(CPAM)**, lorsqu'il s'agit d'un transfert direct à partir d'un hôpital.

**Notes personnelles**

# N°52. LE HANDICAP MENTAL. TUTELLE, CURATELLE, SAUVEGARDE JUSTICE.

## DEFICIENCE MENTALE

| Déficiences intellectuelles | Déficiences du psychisme |
|---|---|
| • **Déficience de l'intelligence :**<br>o Retard mental profond, sévère, moyen, léger, limite<br>o Démence<br>• **Déficience de la mémoire :** Amnésie<br>• **Déficience de la pensée :**<br>o Délires : déficience du contenu de la pensée (schizophrénie, PHC, manie délirante…) | • **Déficience de la conscience** : Délirium Tremens, confusion mentale<br>• **Déficience de l'attention :**syndrome hyperkinétique<br>• **Déficience de l'émotion (pulsions), de l'affect, de l'humeur :**<br>o Dépression, accès maniaque, anxiété majeure<br>o Toxicomanie, alcoolisme<br>o Trouble du comportement alimentaire<br>• **Déficience des fonctions psychomotrices** : hyperactivité, tics… |

| | Indications | Documents nécessaires |
|---|---|---|
| **HDT** | Troubles rendant **impossible le consentement de la personne** | 1-**demande d'HDT signée par un tiers**<br>2-**carte d'identité du tiers et du patient**<br>3-**1e certificat médical** (médecin extérieur)<br>4-**2e certificat médical** |
| **HO** | Sujet **compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes** | 1-**certificat médical** (médecin extérieur)<br>2-**arrêté préfectoral motivé** |

-Date ...

-Je soussigné Docteur...
-Certifie avoir examiné ce jour ...
-Né le ... à ...
-Domicilié ...
-Et avoir constaté les troubles suivants...

**-Ces troubles rendent impossible son consentement**
-Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier
-Son état justifie son HDT dans un établissement mentionné aux articles L3222-1 du code de la santé publique en vertu de la loi du 27 juin 90

-Signature ...
-Tampon...

-Date ...

-Je soussigné Docteur...
-Certifie avoir examiné ce jour ...
-Né le ... à ...
-Domicilié ...
-Et avoir constaté les troubles suivants...

**-Ce comportement compromet l'ordre publique et la sûreté des personnes**
-Son état justifie son HO dans un établissement spécialisé habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en application de l'article L3222-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 27 juin 90

-Signature ...
-Tampon...

| | La sauvegarde de justice | La curatelle | La tutelle |
|---|---|---|---|
| **Définition** | • Mesure de protection<br>o **légère**<br>o **immédiate**<br>o **simple**<br>• Les **capacités civiles et civiques du patient persistent.** | • Mesure **intermédiaire** entre la sauvegarde de Justice et la Tutelle.<br>• Destinée aux malades qui, sans être hors d'état d'agir par eux-mêmes, ont besoin :<br>o d'être conseillés<br>o ou contrôlés dans les actes de la vie civile. | • Mesure de protection<br>o **complète**<br>o **durable**<br>o du majeur<br>• Entraînant une **incapacité civile presque totale.** |
| **Indications** | • Patients porteurs d'une pathologie compatible avec la vie sociale mais risquant d'agir à l'encontre de leurs propres intérêts.<br>• Patients aux **facultés mentales altérées de façon transitoire** (comateux…).<br>• Patients nécessitant une **mesure de protection rapidement avant l'instauration d'une tutelle ou d'une curatelle.** | • Les personnes dont les **facultés mentales sont altérées**<br>• Les personnes dont les facultés corporelles sont altérées empêchant l'expression de la volonté.<br>• Les prodigues, les oisifs, les intempérants qui risquent de tomber dans le besoin ou compromettre l'exécution de leurs obligations familiales. | • Pathologie durable<br>• **Handicap durable**<br>• Patient nécessitant une **protection durable** |

| | **Sauvegarde de Justice** | **Curatelle** | **Tutelle** |
|---|---|---|---|
| **Demande faite par** | • Médecin traitant<br>• Procureur<br>• Juge des tutelles | • Patient<br>• Famille<br>• Curateur<br>• Procureur<br>• Juge des tutelles | |
| **Procédure** | • **Certificat médical** (psychiatrique)<br>• Ou décision du **Juge des tutelles**<br>• Déclaration au **Procureur de la république** | • **Certificat médical** (psychiatre expert)<br>• Instruction de la demande par le **Juge des tutelles**<br>• (audition de l'intéressé) | |
| **Durée** | • Transitoire =**2 mois**<br>• Renouvelable jusqu'à 6 mois | • **Durable** | |
| **Droits** | • Civiques: **conservés**<br>• Politiques : conservés | • Civiques: **partiels**<br>• Politiques : partiels | • Civiques: **perdus**<br>• Politiques : perdus |
| **Effets** | • **Actes annulés ou réduits**<br>• Parfois annulation d'actes antérieurs | • **Actes sous tutelle : nuls de droit**<br>• Actes antérieurs : annulables | |
| **Cessation** | • Automatique au bout de 2 mois<br>• Sur déclaration médicale<br>• Si ouverture d'une tutelle, curatelle | • **Jugement de mainlevée**<br>(procédure identique à celle de l'ouverture)<br>• **Sur demande du Juge des tutelles** | |
| **Gestion** | • Gestion des biens assurée par :<br>  o **Mandataire** volontaire (désigné par le patient)<br>  o Mandataire judiciaire (désigné par le juge) | • **Tuteur** désigné par le Juge des tutelles | |

-Date ...

-Je soussigné Docteur...
-Certifie avoir examiné ce jour ...
-Né le ... à ...
-Domicilié ...
-Et avoir constaté les troubles suivants...

L'état psychique de M. X le rend incapable d'apprécier les actes qu'il pourrait être amené à signer et nécessite le recours à la loi de 1968 sur la protection des incapables majeurs, en l'occurrence une **Sauvegarde de Justice.**

-Signature ...
-Tampon...

Notes personnelles

# N°53. PRINCIPALES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION.

## LES OBJECTIFS DE LA REEDUCATION

1. **Levée de l'inhibition douloureuse**
2. Lutte contre les **rétractions musculo-tendineuses et ligamentaires**
3. Maintien des **amplitudes articulaires** fonctionnelles
4. Lutte contre l'**amyotrophie** et renforcement musculaire
5. Lutte contre les attitudes vicieuses
6. **Réadaptation à l'effort**
7. Travail de **l'équilibre et de la marche** et rééducation proprioceptive
8. **Education** du patient (économie articulaire et hygiène de vie)

## LES TECHNIQUES DE REEDUCATION

1. **La kinésithérapie passive :**
   a. Diminuer les **douleurs**
   b. Préserver la trophicité **musculaire**
   c. Gain d'**amplitude**
2. **La kinésithérapie active :**
   a. **Renforcement musculaire**
   b. **Rééducation sensori-motrice**
3. **La physiothérapie :**
   a. La physiothérapie par le **chaud**
   b. La physiothérapie par le **froid**
   c. L'électrothérapie
   d. Les ondes courtes (ultrasons)
4. **L'hydrothérapie** :
   a. Le massage en jet
   b. La balnéothérapie
5. **L'ergothérapie :**
   a. Optimiser les fonctions restantes par l'utilisation **d'aides techniques**
   b. **L'aménagement du domicile**

## PRINCIPES DE PRESCRIPTION DES TECHNIQUES DE REEDUCATION (arrêté du 4 octobre 2000)

| Intervenant | Rôle de l'intervenant |
|---|---|
| **Médecin** | 1. **Prescription**<br>a. **Zone** à traiter<br>b. **Indication** de la rééducation<br>2. **Autres informations susceptibles de modifier la cotation des actes=ALD 30**<br>3. **Autres les éléments utiles (sans obligation)**<br>a. **Nombre et fréquence** des séances<br>b. Mention **« en urgence » ou « à domicile ».**<br>c. **Informations médicales utiles** à la rééducation |
| **Kinésithérapeute** | 1. **Bilan diagnostique** (si le nombre de séances prévu est ≥ à 10)<br>a. Bilan des déficiences et des incapacités fonctionnelles<br>b. Testing musculaire<br>c. Amplitudes articulaires<br>d. Rétractions tendino-ligamentaires et musculaires.<br>2. **Protocole thérapeutique**<br>a. Nombre et rythme des séances.<br>b. Objectifs<br>c. Techniques de rééducation.<br>3. **Communication au médecin prescripteur**<br>a. Bilan<br>b. Evolution des soins |

## PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

**1-Forme de la prescription médicale :**

- **Médecin** : nom, fonction, numéro de siret, cachet, signature
- **Patient** : nom, prénom
- **Lieu, date**
- +/- ordonnance à 100%
- +/- entente préalable à la sécurité sociale (par le kiné)

**2-Contenu de la prescription médicale :**

- Caractère **urgent**
- **Articulations** en cause
- **Lieu** : domicile, centre, piscine
- Social : 100%, accident du travail
- Contre-indications
- **Fréquence et nombre** de séances
- Type : active, passive, proprioceptive, physiothérapie
- Buts (en respectant le secret médical)

***NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV*

## PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

**1-Forme de la prescription médicale :**

- **Médecin** : nom, fonction, numéro de siret, cachet, signature
- **Patient** : nom, prénom
- **Lieu, date**
- +/- ordonnance à 100%
- +/- entente préalable à la sécurité sociale (par l'orthophoniste)

**2-Contenu de la prescription médicale :**

- **« Bilan orthophonique »**
- **« Avec rééducation si nécessaire »**
- **« Dans le cadre de… »**

***NB :** pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre IV*

## Notes personnelles

# N°65. BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET EVALUATION D'UNE DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE.

## DEFINITION

**Douleur :**

- « La douleur est une **expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle,** ou décrite en terme d'une telle lésion ».

**Type de douleur :**

- Douleur **aiguë.**
- Douleur **chronique** : dans ce cas, la douleur est **supérieure ou égale à 3 mois (+++)**

## 3 ETIOLOGIES

**Douleur nociceptive :**

- Cause : excès de stimulations **nociceptives.**

**Douleur neuropathique :**

- Cause :origine **nerveuse.**

**Douleur idiopathique et psychogène (sine materia) :**

- **Diagnostic d'élimination** : après un bilan clinique et paraclinique complet.

## PHYSIOLOGIE

**Récepteurs cutanés (= nocicepteurs) :**

- **Tactiles =** fibres **myélinisées** de gros diamètre **A$\alpha$** et **A$\beta$.**
- **Douleur initiale brève =** fibres **myélinisées A$\delta$** (mécano-nocicepteurs).
- **Douleur diffuse et prolongée =** fibres **amyéliniques C** (récepteurs polymodaux, sensibles aux stimulus mécaniques, thermiques, chimiques).

**Voies nociceptives périphériques = protoneurone :**

- Conduit **l'influx des nocicepteurs jusqu'à la corne postérieure de la moelle.**

**Moelle dorsale = deutoronone :**

- Transmission **spinothalamique** (voies ascendantes médullaires).

**Centres supérieurs = le troisième neurone :**

- Assure **la transmission thalamocorticale.**

**3 systèmes de contrôle :**
**(mécanisme inhibiteur de la douleur)**

- Le **Gate Control**
- Le système **opioïde**
- Les systèmes **sérotoninergiques et adrénergiques.**

# CARACTERISTIQUES DES DOULEURS AIGUES / CHRONIQUES

| | Douleur aiguë | Douleur chronique |
|---|---|---|
| **Finalité biologique** | • **Signe d'alarme utile**.<br>• Le plus souvent **protectrice**.<br>• Oriente le diagnostic.<br>• **Symptôme** | • **Inutile**, détruit **physiquement**, **psychologiquement** et socialement.<br>• Syndrome ou maladie qui dure **depuis 3 mois.** |
| **Aspect évolutif** | • Douleur **transitoire.** | • Douleur **permanente, récurrente ou répétitive.** |
| **Mécanisme générateur** | • **Uni**factoriel. | • **Pluri**factoriel. |
| **Réactions végétatives** | • **Tachycardie, polypnée**, mydriase, sueurs. | • Entretien : rôle des composantes de la douleur qui maintiennent ou amplifient la douleur. |
| **Retentissement psychologique** | • **Anxiété.** | • **Dépression** : perte de l'appétit, troubles du sommeil, irritabilité, repli sur soi, diminution de la tolérance à la douleur. |
| **Traitement** | • **Curatif**= étiologique,<br>• **Antalgique** | • **Pluridimensionnel** (somato-psycho-social).<br>• Ré-adaptatif, anxiolytiques, antidépresseurs. |

## COMPARAISON DES DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS

| | Excès de nociception | Douleur neurogène |
|---|---|---|
| **Rythme** | • Rythme **mécanique**<br>• Rythme **inflammatoire** | • Continue ou intermittente<br>• **Fulgurante** (décharges électriques)<br>• **Dysesthésies** (fourmillements, picotements, ...) |
| **Topographie** | • Topographie **locale**<br>• Topographie **régionale** | • Topographie compatible avec un **territoire neurologique** |
| **Examen neurologique** | • **Normal** | • **Hypoesthésie ou hyperesthésie** (allodynie)<br>• **Territoire neurologique** |
| **Sensibilité aux thérapeutiques** | • **Analgésiques « classiques ».** | • **Anti-convulsivants**<br>• **Et/ou antidépresseurs** |

## COMMENT EVALUER ?

- Toujours **croire le patient** qui dit avoir mal
- **Interrogatoire** et examen **clinique**
- **Faciès du malade, posture, limitation des mouvements, ...**
- **Outils d'évaluation**, si utilisables chez le malade
- Autres :
    - ✓ Interrogatoire des proches
    - ✓ Transmission du personnel paramédical

## ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADULTE

EVS = Echelle Verbale Simple :

- **Le patient quantifie** sa douleur **subjectivement**.
- **Le soignant quantifie de 0 à 3** (selon le tableau).
- **Méthode** se révélant **la plus facile.**

| | | |
|---|---|---|
| **NON** | **Pas** de douleur | **0** |
| UN PEU | Douleur **modérée** | **1** |
| **BEAUCOUP** | Douleur **importante** | **2** |
| **ENORMEMENT** | Douleur **très intense** | **3** |

**EVA = Echelle Visuelle Analogique :**

- Il existe **deux faces** :
  - ✓ celle vue par le **patient (non chiffrée)**
  - ✓ celle vu par le **soignant (chiffrée)**

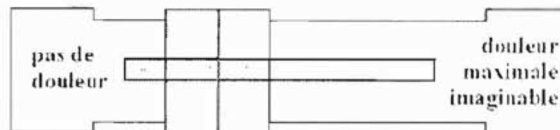
**Echelle numérique** :

Le patient cote sa douleur **de 1 à 10.**

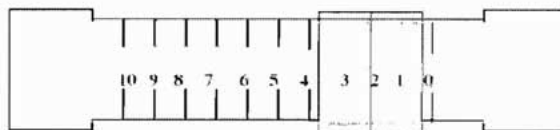
**ECPA = Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée.**

- Cf. page suivante.

Face EVA vue par le patient




Face EVA vue par le soignant



## ECPA : ECHELLE COMPORTEMENTALE D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

| | | |
|---|---|---|
| **Observation 5 mn avant les soins** | **Plaintes** | 0-Le sujet ne se plaint pas spontanément<br>1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui<br>2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un<br>3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée<br>4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée |
| | **Regard et mimique** | 0-Visage détendu<br>1-Visage soucieux<br>2-Le sujet grimace de temps en temps<br>3-Regard effrayé et/ou visage crispé<br>4-Expression complètement figée |
| | **Position spontanée** | 0-Aucune position antalgique<br>1-Le sujet évite une position<br>2-Le sujet choisit une position antalgique<br>3-Le sujet recherche sans succès une position antalgique<br>4-Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur |
| | **Mouvements** | 0-Le sujet se mobilise comme d'habitude<br>1-Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements<br>2-Lenteur, rareté des mouvements<br>3-Immobilité<br>4-Prostration ou agitation |

| | | |
|---|---|---|
| **Observation pendant les soins** | **Relation à autrui** | 0-Présence d'un contact immédiat<br>1-Contact difficile à établir<br>2-Evite la relation<br>3-Absence de tout contact<br>4-Indifférence totale |
| | **Anticipation anxieuse** | 0-Le sujet ne montre pas d'anxiété<br>1-Angoisse du regard, impression de peur<br>2-Sujet agité<br>3-Sujet agressif<br>4-Cris, soupirs, gémissements |
| | **Mobilisation** | 0-Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière<br>1-Le sujet à un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins<br>2-Le sujet retient de la main le geste lors de la mobilisation ou des soins<br>3-Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins<br>4-Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins |
| | **Soins des zones douloureuses** | 0-Aucune réaction pendant les soins<br>1-Réaction pendant les soins, sans plus<br>2-Réactions au toucher des zones douloureuses<br>3-Réactions à l'effleurement des zones douloureuses<br>4-L'approche des zones est impossible |

| | | |
|---|---|---|
| | **Plaintes pendant les soins** | 0-Le sujet ne se plaint pas<br>1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui<br>2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un<br>3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée<br>4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée |

- **Score maximal de 36**
- **Plus le score est élevé, plus la douleur est intense et agit sur le comportement**

**Notes personnelles**

# N°66. THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES, MEDICAMENTEUSES ET NON-MEDICAMENTEUSES.

## TYPE DE PALIER OMS

**Niveau 1 : analgésiques non-morphiniques :**
- Paracétamol
- Aspirine
- Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (A.I.N.S.)
- Néfopam (Acupan®)

**Niveau 2 : agonistes morphiniques faibles**
(association entre analgésiques de niveau 1 et analgésiques morphiniques faibles) :
- Dextropropoxyphène
- Efferalgan codéiné
- Tramadol (Topalgic®)

**Niveau 3 : agonistes morphiniques forts :**
- Morphine
- Fentanyl transdermique(Durogésic®)

**Niveau 3 : agonistes antagonistes :**
- Nalbuphine (Nubain®)
- Buprénorphine (Temgésic®)
- Pentazocine (Fortal®)

## REGLES D'UTILISATION DES PALIERS OMS

**But :**
- EVS = douleur **faible à modérée**
- EVA **< 4**

**Règles d'utilisation :**
- Escalade **progressive dans les paliers.**
- Escalade **progressive dans les doses.**

**Tableau de correspondance :**

| EVS = Echelle Verbale Simple | EVA = Echelle Visuelle Analogique | Palier OMS à utiliser |
|---|---|---|
| Douleur **faible à modérée** | **< 4** | Palier **1** |
| Douleur **modérée à intense** | **4 < EVA <** 7 | Palier **2** |
| Douleur **intense à très intense** | **> 7** | Palier **3** |

## LES 5 PRINCIPES DE L'OMS : PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

1. Par la **voie la moins invasive**
2. **A intervalles réguliers**
3. Selon une **échelle d'intensité de la douleur**
4. De façon **adaptée** aux besoins individuels
5. Avec un constant souci du détail

## LES GRANDS PRINCIPES DE PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

- Choisir un traitement **adapté au mécanisme de la douleur** : toute douleur n'est pas sensible aux antalgiques habituels (y compris la morphine).
- **Adapter la puissance** de l'antalgique à l'intensité de la douleur.
- Administrer l'antalgique **à horaires fixes** et non pas à la demande.
- Adapter une **posologie suffisante** pour avoir un effet réel.
- **Adapter la voie d'administration** à l'état du malade.
- **Personnaliser** la prescription.
- **Respecter les contre-indications** pour éviter les incidents.
- **Prévenir les effets secondaires** pour éviter le rejet du traitement.
- Ne pas utiliser un placebo mais un antalgique vrai.
- **Ne pas associer deux antalgiques de même palier de puissance**.
- **Expliquer** le traitement et ses effets indésirables éventuels au malade et à son entourage.
- Ne pas oublier de **traiter la cause** des douleurs quand cela s'avère possible.
- **Réévaluer** régulièrement l'efficacité et les effets secondaires.

## TRAITEMENT EN FONCTION DU TYPE DE DOULEURS

| TYPE DE DOULEURS | TRAITEMENT |
|---|---|
| NOCICEPTIVE | **Palier OMS :**<br>• Niveau 1<br>• Niveau 2<br>• Niveau 3 |
| | **Co-analgésique :**<br>• Antispasmodiques : (Spasfon®)<br>• Myorelaxants : (Valium®)<br>• Corticoïdes<br>• Biphosphonates<br>• ... |
| NEUROPATHIQUE | **Psychotrope (ATD) :**<br>• Douleur chronique<br>• Origine centrale |
| | **Antiépileptique :**<br>• Douleur aiguë<br>• Origine périphérique |
| PSYCHOGENE | • Antidépresseurs tricycliques<br>• Anti-convulsivants<br>• Neuroleptiques |

**DOULEURS NEUROPATHIQUES**

Composante **paroxystique** ?

et/ou

Composante **continue** ?

**Antiépileptiques**
Clonazepam : RIVOTRIL®
Carbamazepine : TEGRETOL®
Gabapentine : NEURONTIN®
(indication hors AMM sauf pour le TEGRETOL® dans la névralgie faciale)

Neurostimulation transcutanée à discuter selon :
- La localisation anatomique
- La coopération du patient
- L'absence d'anesthésie complète

**Antidépresseurs tricycliques**
Amitriptyline : LAROXYL®
Clomipramine : ANAFRANIL®
Imipramine : TOFRANIL®
Desipramine : PERTOFRAN®

Efficacité ?

non
- **Ajout ou remplacement par un antidépresseur**
- Discuter une stimulation transcutanée

oui
Surveillance réévaluation régulière de la douleur

Efficacité ?

non
- **Douleur mixte ?**
- **Revoir les traitements co-antalgiques**
- Discuter l'indication :
. d'une stimulation transcutanée
. d'une consultation pluridisciplinaire

oui
Surveillance réévaluation régulière de la douleur

# ANTALGIQUES PALIER 1 ET 2

| | Contre-indications | Effets secondaires |
|---|---|---|
| **Paracétamol** | • Insuffisance **hépato-cellulaire**<br>• **Hypersensibilité** connue. | • Réactions **allergiques**<br>• **Hépatotoxicité**<br>• Risque de **surdosage aigu** avec cytolyse hépatique et hypophosphorémie. |
| **Aspirine** | • **Allergie** connue à l'aspirine ou aux salicylés<br>• **Asthme**<br>• **Insuffisance rénale** évolutive<br>• **Maladies hémorragiques** constitutionnelles ou acquises<br>• Risques **hémorragiques** (ex. UGD)<br>• Certaines viroses<br>• **Grossesse au 3$^{ème}$ trimestre**<br>• Association aux **AVK** ou au **Méthotrexate.** | • Réactions **allergiques** :<br>➢ Eruption cutanée<br>➢ Bronchospasme<br>➢ Choc anaphylactique<br>• Troubles **digestifs** :<br>➢ Gastralgies<br>➢ Ulcérations gastriques<br>➢ Hémorragie digestive<br>• Syndrome **hémorragique**<br>• Risque de surdosage aigu ! |
| **Codéine** | • **Allergie** à la codéine,<br>• **Asthme**,<br>• **Insuffisance respiratoire,**<br>• **Insuffisance hépatique,**<br>• Toxicomanes,<br>• Association aux agonistes – antagonistes morphiniques,<br>• Grossesse – allaitement : éviter. | • **Constipation**,<br>• **Nausées**,<br>• **Somnolence**,<br>• **Bronchospasme**,<br>• Risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal,<br>• **Surdosage** : (codéine base $\geq$ 2 mg/kg/prise) myosis, excitation, somnolence, vomissements, convulsions, bronchoconstriction, arrêt respiratoire |

# ANTALGIQUES PALIER 3 : MORPHINIQUES

## CADRE LEGAL DE PRESCRIPTION

**Durée de prescription :**

- **7 jours** =
  - morphine injectable discontinue.
- **28 jours** =
  - morphine injectable continue(par pompe),
  - morphine per os rapide (Actiskénan®, Sévrédol®)
  - morphine per os lente (Skénan LP®, Moscontin LP®)
  - fentanyl transdermique,
  - hydromorphone, oxycodone.

**Ordonnance sécurisée pour les traitements ambulatoires.**

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

1. Insuffisance **respiratoire** sévère.
2. Insuffisance **hépatique** : TP < 60 %.
3. Insuffisance **rénale** : clairance < 50 ml/mn (utiliser la formule de Cockcroft).
4. Sujet âgé : **> 65 ans.**
5. Grossesse, allaitement.

| PRODUIT | COEFFICIENT | DOSE ESTIMEE DE MORPHINE ORALE |
|---|---|---|
| **Dextropropoxyphène** | **1 pour 6** | 60 mg = 10 mg de morphine |
| **Codéine** | **1 pour 6** | 60 mg = 10 mg de morphine |
| Tramadol | **1 pour 5** | 50 mg = 10 mg de morphine |
| Morphine | 1 pour 1 | OPIOIDE ETALON |

**EQUIVALENT DE DOSE**

**MORPHINE VOIE IV/ AUTRES VOIES**

**1 mg** Morphine **IV**

=

**1,5 mg** Morphine **sous-cutanée**

=

3 **mg** Morphine **per os**

## ANTALGIE PAR MORPHINIQUE EN URGENCE

Le mode d'administration le plus adapté est

1. **Titration**
2. Par **injections intraveineuses fractionnées**
3. **Répétées**
4. Jusqu'à obtenir l'effet antalgique désiré.

| | |
|---|---|
| **Voie intraveineuse** | • **La plus rapide**<br>• **La plus fiable** |
| Voie intramusculaire<br>Voie sous-cutanée | • Résorption irrégulière<br>• Effet peu prévisible<br>• A éviter en urgence |

- **Evaluation de la douleur**
- **Surveillance** : fréquence respiratoire et cardiaque, somnolence, oxymètre de pouls si possible.
- **Respect des contre-indications et associations** dangereuses.
- Association aux **autres méthodes antalgiques** : installation, immobilisation... et association à des antalgiques non morphiniques.

---

- **Bolus** de 0,1 mg/kg (soit pour 60 kg = 6 mg) en IV lente (3 à 4 mn).
- **Réévaluation de la douleur** et des paramètres de surveillance à 15 mn.
- **Si nécessaire, ajoutez** 0,05 mg de morphine/kg, (par compléments de 2 mg maxi. en attendant l'effet à 15 mn).
- **Attention, si dépression respiratoire** : oxygénation du patient par masque type Ambu, éventuellement injection de Naloxone (Narcan® ou Nalone®) par bolus de 0,04 mg.

---

Si le patient a déjà reçu des morphiniques dans sa prise en charge

- Entre 15 et 65 ans
  3 mg toutes les 5 mn.
- Avant 15 ans et après 65 ans
  2 mg toutes les 5 mn.

---

Traitement morphinique au long cours

Donner comme **inter-dose : 10 % de la dose totale quotidienne.**

## REGLES D'UTILISATION DES MORPHINIQUES PER OS

- On commence par de la **morphine orale à libération immédiate** (comprimés ou ampoules).
- Le traitement est **débuté** à la dose de **0.5-1 mg/kg/j soit environ 5-10 mg/4 h.**
- **Augmenter** à raison **de 50 % toutes les** 8 à **12 h jusqu'à obtenir le contrôle de la douleur.**
- Par la suite, le **traitement de fond** va reposer sur les **morphiniques longue durée** (type **Skénan LP® ou Moscontin LP®** en 1 prise toutes les 12 h).
- Prévoir des **inter-doses d'action rapide (= 1/6 de la dose quotidienne)** en cas de besoin.
- Si prise de **plus de 3 inter-doses par jour durant 2 jours : augmenter la dose de morphiniques LP.**

## LES ZEROS DE L'ORDONNANCE DE MORPHINIQUES

- **Ordonnance sécurisée.**
- **Ecrite en toutes lettres.**
- **Durée = pendant vingt-huit jours.**
- **Dose cumulée = soit cinquante-six gélules.**
- Nom et prénom du **patient**.
- Nom du **médecin**.

Nom du médecin — Lieu
Fonction — Date
N° de siret

Nom et prénom du patient

**1- Skénan LP® 30 mg :**
Une gélule de trente milligrammes le matin et une le soir.
Par voie orale.
**Pendant vingt-huit jours.**
**Soit cinquante-six gélules.**

**2- Actiskénan® 10 mg :**
Si à coups douloureux.
Une gélule de dix milligrammes toutes les six heures.

**3- Duphalac® :**
Trois sachets par jour.

**4- Motilium® :**
En cas de nausées.
Un comprimé de 45mg avant la prise de Skénan®.

Signature
Cachet

4

## PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES DES MORPHINIQUES

1. **Constipation :**
   a. Quasi-systématique
   b. Doit toujours être prévenue = règles **hygiénodiététiques, laxatifs**
2. **Nausées :**
   a. Traitement **antiémétique**
3. **Prurit :**
   a. Anti-histaminique
4. **Somnolence :**
   a. **Habituelle** en début de traitement (= récupération de la dette de sommeil).
   b. Rechercher des signes éventuels de surdosage (penser aux médicaments associés).
5. **Rétention urinaire :**
   a. Sondage, néostigmine.
6. **Confusion :**
   a. En l'absence d'insuffisance de traitement, de situation de manque ou de surdosage : rechercher et traiter toute cause habituelle de confusion.
   b. **Traitement étiologique**, neuroleptiques et/ou modification du traitement antalgique.
7. **Dépression respiratoire :**
   a. Toujours **annoncée par une somnolence profonde**
   b. **Fréquence respiratoire** (FR) **entre 8 et 12** : **surveillance**, réévaluation toutes les 3 à 5 mn ; attitude à adapter en fonction du traitement en cause
   c. **FR < 8 : oxygénothérapie + Naloxone** (1 amp (0,4 mg) ramenée à 10 cc) :injecter 2 cc (0,08 mg) toutes les 5 mn jusqu'à FR > 12, puis relais par Naloxone en perfusion continue
8. **Sevrage**

## POSOLOGIE DES PRINCIPAUX ANTANLGIQUES

| DCI | Posologies adulte | Posologies enfant | Age minima |
|---|---|---|---|
| Paracetamol | **Doliprane® 1 g *4/j** | **Doliprane® 60 mg/kg/j** | **Naissance** |
| Paracetamol IV | **Perfalgan® 1 g *4/j** | Perfalgan® 60 mg/kg/j | Naissance |
| Aspirine | Aspegic® 1 g *4/j | Aspegic® 50 mg/kg/j | Naissance |
| Ibuprofen PO | Advil®, Nureflex® 30 mg/kg/j | **Advil®**, Nureflex® **30 mg/kg/j** | **6 mois** |
| Codéine | **Effralgan codéiné® 1 g x 4 /j** (contient du paracétamol) | **Codenfan® 1 mg/kg x 4 à 6/j** | **1 an** |
| Antalvic | **Diantalvic® 2 gel *3/j** | --- | 15 ans |
| Tramadol | Topalgic® | Topalgic® 400 mg/j max | 3 ans |
| Nalbuphine | Nubain® | Nubain® 0.2 mg/kg x 4 à 6/j | 18 mois |
| Morphine PO | **Actiskénan® 10 mg/4 h** | Sevredol® 0.2 mg/kg/4 heures | **6 mois** |
| Morphine IV | Morphine | Morphine (PCA dès 6 ans) 0.025 mg/kg/5 mn 30 mcg/kg/h en continu avec bolus si nécessaire | **Naissance** |

## TRAITEMENTS CO-ANTALGIQUES

**Non-médicamenteux :**

- **Contentions**, orthèses,
- **Kinésithérapie**,
- **Physiothérapie**, massages ultra-sons, …
- Aspirations digestives,
- Symphyses pulmonaires,
- Dérivations digestives,
- Dérivations urinaires,
- Endoprothèses,
- **Psychothérapie,**
- Thérapie cognitivo-comportementale,
- Hypnose,Relaxation,

**Médicamenteux :**

- **Corticoïdes** (corticostéroïdes),
- **Antidépresseurs** à visée anti-dépressive,
- **Benzodiazépines,**
- **Biphosphonates,**
- **Antispasmodiques,**
- Antibiotiques,
- Etc…

## FEMME ENCEINTE

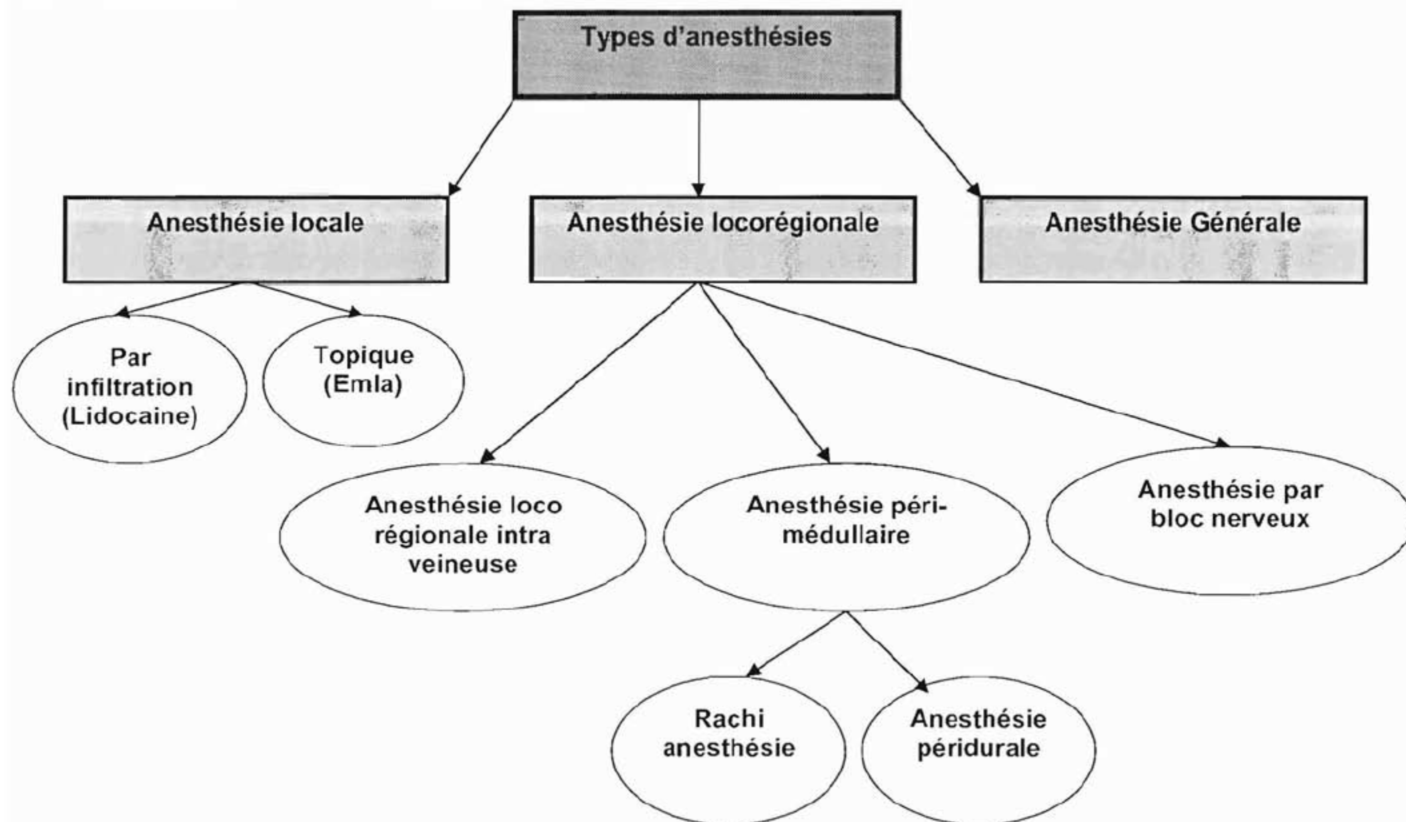
| | |
|---|---|
| **Palier 1** | **Paracétamol** |
| **Palier 2** | Préférer le **dextropropoxyphène** à la codéine |
| **Palier 3** | **Morphine**<br>N.B. : il faudra penser au sevrage du nourrisson. |

**CONTRE-INDICATION FORMELLE DE TOUS LES AINS**
**A PARTIR DU 6ème MOIS DE GROSSESSE**
(RAPPEL DE L'AFSSAPS DU 12 DECEMBRE 2003 )

Plusieurs cas de **toxicité fœtale et/ou grave** après prise d'AINS en fin de grossesse ont été rapportés :

- morts fœtales in utero,
- morts néonatales,
- atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.

# N°67. ANESTHESIE LOCALE, LOCO-REGIONALE ET GENERALE.



# ANESTHESIE LOCALE PAR INFILTRATION

## CONTRE INDICATIONS ET PRECAUTIONS D'UNE AL PAR INFILTRATION

- **Contre-indications:**
  - Allergie
  - Porphyrie
  - Épilepsie non contrôlée
  - Sportifs
  - Méthémoglobinémie (prilocaïne)
- Bien **respecter la dose maximum**
- Limiter les produits adrénalinés aux extrémités
- Les risques:
  - passage systémique trop rapide
  - injection intravasculaire

## INDICATIONS D'UNE AL

- **Suture** de plaie,effraction cutanée
- **Ponction, Biopsie** rénale, hépatique....
- Gestes **dentaires**
- **Chirurgie légère** superficielle
- Stimulation nociceptive
- Pose de sonde gastrique
- Pose de sonde urinaire

## DEROULEMENT D'UNE AL PAR INFILTRATION

**Mise en place**

- Respect strict de la pharmacocinétique de la prémédication (si présente)
- Exemple:
  - H-60 min: Morphine
  - H-30 min: Hypnovel S.L.
- Sujet conscient

**L'anesthésie locale**

- **Lidocaïne +/- adrénalinée 1 ou 2 %**
- Vérifier la température de l'A.L.
- Intérêt du volume par rapport à la concentration
- **Injection lente avec test d'aspiration**
- Savoir attendre

**Règles associées**

- Garder le **contact verbal++++**
- Ne pas montrer les instruments
- Parler pour couvrir les bruits anxiogènes

**Surveillance**

- **Après et pendant le geste**
- Score de sédation
- **Score de douleur**

## ANESTHESIE LOCO-REGIONALE INTRAVEINEUSE

| | |
|---|---|
| **DEFINITION** | • **Injection** d'un **anesthésique local**<br>• Par voie **intra veineuse**<br>• **Imprégnant un segment de membre**<br>• **Isolé de la circulation générale par un garrot artériel,**<br>• Après qu'il ait été vidé de son sang. |
| **MODALITES D'UTILISATION** | • Lidocaïne à 0.5% (30 à 40 ml).<br>• **Ne jamais utiliser de solution adrénalinée.**<br>• **Dégonflage progressif du garrot en fin d'intervention,**<br>• La **durée** doit être **supérieure à 30 minutes** et **inférieure à 60 minutes.** |
| **INDICATION** | • **La chirurgie d'urgence**<br>o **de l'avant bras et de la main**<br>o **d'une durée de 60 minutes.** |
| **CONTRE-INDICATIONS** | • **Les blocs de conduction intracardiaque.**<br>• **L'infection** du membre concerné.<br>• **L'anémie falciforme** qui provoque l'ischémie du membre (drépanocytose).<br>• L'utilisation de la Bupivacaïne. |
| **INCIDENTS ET ACCIDENTS** | • **La toxicité systémique (neurologique et cardiaque)** des anesthésiques locaux en cas de lâchage du garrot.<br>• L'anesthésie en mosaïque.<br>• Pas d'analgésie résiduelle après la levée du garrot. |

# ANESTHESIE PERIMEDULLAIRE

<table>
<tr><th></th><th>PERIDURALE</th><th>RACHIANESTHESIE</th></tr>
<tr><td>DEFINITION</td><td>• Anesthésie extra-duremérienne<br>• Par injection direct d'A.L<br>• Dans l'espace péridural<br>• Au contact des racines rachidiennes de la Moelle<br>• Effets :<br>o Analgésie<br>o Protection neurovégétative<br>o Relâchement musculaire</td><td>• Anesthésie intra-duremérienne<br>• Par injection direct d'A.L<br>• Dans le liquide céphalo-rachidien<br>• Au contact des racines rachidiennes et de la Moëlle.<br>• Effets spécifiques :<br>o Brièveté du temps de latence<br>o Intensité du bloc</td></tr>
<tr><td>INDICATIONS ET AVANTAGES</td><td colspan="2">• Chirurgie urologie<br>• Chirurgie abdominale basse<br>• Chirurgie gynéco obstétrique<br>• Chirurgie orthopédique et traumatologique<br>• Diminution des saignements per-opératoire<br>• Diminution des risques thromboemboliques<br>• Déséquilibre moins important qu'avec l'anesthésie générale</td></tr>
<tr><td>CONTRES INDICATIONS</td><td colspan="2">• Refus du patient<br>• Infection du site de ponction , septicémie<br>• Troubles de la coagulation et traitement anticoagulant<br>• Allergie vraie aux anesthésiques locaux<br>• Affections neurologiques démyélinisantes évolutives<br>• Hypovolémie , troubles hémodynamiques</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **ACCIDENTS INCCIDENTS** | • **Hypotension artérielle (Vasoplégie) +++**<br>• **Hématome Péridural**<br>• **Céphalées par brèche dure-mérienne**<br>• **Infections secondaires (méningite, abcès local...)**<br>• **Nausées, vomissements**<br>• Inefficacité, anesthésie en mosaïque<br>• Toxicité des A.L<br>• Rupture du KT<br>• Bloc péri complet | |
| **PRECAUTION** | • Absence de reflux de LCR<br>• Absence de reflux de sang<br>• Dose Test | • Reflux de LCR<br>• Absence de reflux de sang<br>• Dose test |
| **DUREE D'ACTION** **(pour indication)** | • Lidocaïne : 45 mn à 1h<br>• Lidoadré : 1h30 à 2h<br>• Bupivacïne : 3h à 4h30<br>• Bupiva Adré : 4h30 à 6h | • Lidocaïne :45 mn à 1h<br>• Bupivacine : 3h à 4h30 |
| **FACTEURS JOUANT SUR LE NIVEAU ET LA PUISSANCE ALR** | • **Volume injecté** variable<br>• **Le nombre de métamères** à bloquer<br>• **L'âge**<br>• Le **lieu d'injection**<br>• La **concentration**<br>• Type de **produit** utilisé | • **Densité** de la solution<br>• **Espace** ponctionné<br>• **Position** du patient per et post injection<br>• **Dose** injectée<br>• **Volume** injecté<br>• **Vitesse** d'injection<br>• **Taille** du sujet |

| | |
|---|---|
| **DEFINITION** | • Injection **d'anesthésique local**<br>• Au niveau de la **gaine nerveuse**<br>• Après l'avoir **repérée par stimulation électrique** |
| **BUTS** | • Blocage de **tout le membre supérieur.**<br>• Nécessite de temps en temps des bloc tronculaires complémentaires :<br>  ○ Voie axillaire: Bloc tronculaire du muscle musculo-cutané.<br>  ○ Voie sus claviculaire: Bloc tronculaire du nerf cubital. |
| **MATERIEL** | • **Aiguilles fines de longueur modérée**<br>• Un **stimulateur électrique.**<br>• Voie veineuse.<br>• Matériel de réanimation. |
| **METHODE** | **a) <u>Le bloc plexique:</u>**<br>• Le patient est installé en **décubitus dorsal**, bras en abduction et le coude plié à 90°.<br>• Garrot placé sur le bras (1/3 moyen, 1/3 sup), pour maintenir l'anesthésique in situ et favoriser sa diffusion vers le haut pour imprégner le nerf.<br>• Les **repères sont :**<br>  ○ **Le grand pectoral.**<br>  ○ **Le deltoïde**.<br>• Palper l'artère axillaire le plus loin possible dans le creux axillaire.<br>• Piquer de manière tangentielle à l'artère en stimulant régulièrement.<br>• Injecter 30 à 40 ml **d'anesthésique local directement dans la gaine.** |

| | |
|---|---|
| | **b) Technique en sus claviculaire :**<br>• Palpation de l'artère sous-clavière<br>• Attention au dôme pleural |
| **DOSES ET PRODUITS** | • Lidocaïne 1%, Durée du bloc 60 à 90 Minutes.<br>• Bupivacaïne 0.25%, Durée du bloc 3 à 4h30.<br>• Les solutions adrénalinées sont utilisables, mais attention aux petites artères (exemple : bloc interdigitaux, risque de nécrose...) |
| **INDICATIONS** | • **Intervention sur le membre supérieur** (avant-bras et main).<br>• Estomac plein.<br>• Les contre-indications d'une anesthésie générale (IOT difficile). |
| **CONTRE INDICATIONS** | • **Semblables à la péridurale**<br>• Adénopathies axillaires. |
| **INCIDENTS ET ACCIDENTS** | • **Lésions nerveuses :**<br>○ Mécaniques (injection intraneuronale).<br>○ Toxiques (solutions trop concentrées).<br>○ Ischémiques (garrot).<br>• **Injections intravasculaires.**<br>• Fistules artério-veineuses.<br>• Lésion de l'artère axillaire. |

*NB : Le bloc du membre inférieur ne sera pas exposé car il est peu utilisé, en effet les anesthésies péri-médullaires sont préférées.*

## OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES A RESPECTER AVANT UNE ANESTHESIE GENERALE

### 1- Consultation d'anesthésie :

- Obligation **légale** réalisée généralement **plusieurs jours avant l'anesthésie.**
- Apprécie le **risque éventuel** de l'anesthésie pour le patient.
- **Evalue le rapport bénéfice-risque** de l'intervention pour le patient selon :
    - **Interrogatoire**
    - Examen **clinique**
    - Examens **paracliniques**
    - Au besoin après consultations spécialisées.
- Consignée **par écrit dans le dossier médical.**
- **Information orale et écrite** au patient :**anesthésie, geste chirurgical, risque de transfusion.**
- **Consentement éclairé du patient.**

### 2- Bilan éventuel prescrit

### 3- Visite pré-anesthésique :

- **Quelques heures avant** l'intervention chirurgicale.
- S'assurer une dernière fois de **l'absence d'une contre-indication à l'anesthésie**.
- **Recherche d'un événement récent** non signalé (fièvre, infection...).
- **Mise en route d'un éventuel traitement** qui accompagnera le geste chirurgical.
- Prémédication **anxiolytique à la demande.**

## PRINCIPES MEDICAMENTEUX D'UNE AG

1- **Hypnotiques** (Nesdonal® : thiopental) :
- Perte de connaissance.
- Amnésie rétrograde.

2- **Morphiniques** (Fentanyl® : fennyl) :
- Analgésie.

3- **Curares** (Pavulon® : pancuronium) :
- Relâchement musculaire.

(ne pas oublier une éventuelle antibioprophylaxie)

## ETAPES D'UNE AG

**Prémices** :
- **Entrée** en salle.
- **Vérification de l'identité** du patient.
- **Installation** du patient.

**Déroulement de l'AG = 3 étapes :**
- **Induction et intubation-ventilation assistée.**
- **Entretient et surveillance** :
  - -Patient scopé.
  - -Profondeur de l'anesthésie.
  - -Etat hémodynamique.
  - -Etat respiratoire.
- **Réveil.**

**Surveillance en salle de réveil.**

## SCORE ANESTHESIQUE

| Score de somnolence (conscience) | |
|---|---|
| **S0** | Bien **éveillé** |
| **S1** | Un peu **somnolent** |
| **S2** | Somnolent mais **éveillable si on lui parle** |
| **S3** | Très somnolent, **éveillable seulement par stimulation tactile** |

| Score de respiration | |
|---|---|
| **R0** | **Régulière**, FR>**10/min** |
| **R1** | **Ronflement** mais FR>**10/min** |
| **R2** | **Irrégulière**, FR<**10/min** |
| **R3** | **Pauses, apnées** |

## SIGNES DE REVEIL

**Neurologique :**
- Réflexe photomoteur
- **Réflexe pharyngo-laryngé**
- **Réflexe à la douleur**
- Mobilité active
- **Retour à la conscience**

**Cardiaque :**
- **Tachycardie**
- Normalisation de la **TA**

**Respiratoire :**
- Respiration **spontanée**

1. **Les tuyeaux :**
   - Scope cardiaque
   - Tension artérielle
   - Oxymètre de pouls
   - Intubation ventilation assistée
   - Sonde gastrique
   - Sonde urinaire
2. **2 Paramètres vitaux essentiels :**
   - **Etat hémodynamique :**
     - **Pression artérielle**
     - **Fréquence cardiaque**
   - **Etat respiratoire :**
     - **Oxymètre** de pouls
     - **Fréquence** respiratoire
     - **Auscultation pulmonaire** (efficacité de l'IVA , éliminer le caractère sélectif...)
     - Amplitude thoracique (efficacité de l'IVA , éliminer le caractère sélectif...)
3. **Profondeur de l'anesthésie :**
   - S'apprécie **durant toute l'intervention**
   - Relatif aux variations de **pression artérielle** et de **fréquence cardiaque.**
4. **Température :**
   - Maintenir la température de son corps proche de la température normale
5. **Pertes corporelles :**
   - Diurèse :compenser les pertes **hydriques** (en eau) et **sodées** (en sodium)
   - Aspiration :compenser les pertes **hémorragiques** (en sang).
6. **Occlusion oculaire**

## COMPLICATIONS D'UNE AG

**Cardio-vasculaire :**

- Trouble du rythme cardiaque
- **Hypotension** artérielle
- **Choc** hypovolémique (par hémorragie)

**Pulmonaire :**

- **Echec d'intubation**
- **Intubation sélective**
- **Spasme** laryngé ou bronchique
- Inhalation bronchique
- Granulome des cordes vocales (à distance)

**Générale :**

- **Hypothermie**
- **Choc anaphylactique**
- Complications infectieuses

## HEMORRAGIE PER-OPERATOIRE

**Prévention :**

- Bilan sanguin **pré-opératoire (hémostase et groupage)**

**Traitement :**

- Diminuer le saignement :
  - **Abaisser artificiellement la pression artérielle durant l'opération.**
- Compenser le saignement :
  - On peut transfuser des **culots globulaires.**
  - Avant l'opération, on peut prélever au patient du sang qui lui sera restitué durant l'intervention.
  - On peut récupérer le sang perdu et le transfuser au fur et à mesure (autotransfusion).

## A PARTE = MEOPA

| | |
|---|---|
| **Définition** | 1. Mélange de **50 % de protoxyde d'azote** et de **50 % d'oxygène.**<br>2. Utilisé comme antalgique lors de la réalisation de certains gestes douloureux : réfection de pansements, réduction de luxation ou d'autres soins douloureux.<br>3. Peut être utilisé aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.<br>4. Effet très rapide, le maximum de l'action étant atteint dès la 5ème minute.<br>5. La réversibilité est également très rapide,en moins de 5 minutes.<br>6. Il n'existe pas de surdosage. |
| **Effets cliniques** | 1. **Analgésie** de surface<br>2. Anxiolyse<br>3. Amnésie légère<br>**4. Sédation consciente**<br>**5. Réflexe de déglutition conservé** |
| **Contre indications** | 1. Patient nécessitant une ventilation en oxygène pur.<br>2. **Epanchement aérique** non drainé, notamment intracrânien ou pneumothorax ou emphysème bulleux ou pneumopéritoine.<br>**3. Hypertension intracrânienne**<br>4. Pathologies ORL spécifiques |
| **Utilisation** | 1. **Surveillance clinique**<br>2. **Inhalation continue pendant 3 minutes**<br>3. **Durée maximale= 30 minutes en gardant un contact verbal**<br>4. Local ventilé<br>5. Matériel d'administration vérifié<br>6. Formation des personnels<br>7. Sur prescription médicale<br>8. Administration par une IADE si morphine et/ou BZD associées |
| **Effets indésirables** | 1. Nausées,<br>2. Vomissements<br>**3.** Effets euphorisants importants |

# 68-DOULEUR CHEZ L'ENFANT SEDATION ET TRAITEMENTS

## CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

**La pédiatrie pose le problème de l'expression de la douleur.**

**Divers signes sont évocateurs :**

- Plaintes somatiques.
- **Désintérêt du monde extérieur**.
- **Attitude antalgique.**
- **Manque d'expressivité.**
- **Mouvements.**
- Agitation.
- **Pleurs.**
- Pression artérielle.
- ...

## EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

**Enfants âgés de plus de 6 ans = (auto-évaluation) :**

- Echelle visuelle analogique **(EVA).**

**Enfants de 4 à 6 ans = (auto+/-hétéro-évaluation) :**

- Echelle visuelle analogique **(EVA).**
- Echelle de **6 visages.**
- NB :Si les scores obtenus sont divergents, seule l'hétéro-évaluation est possible.

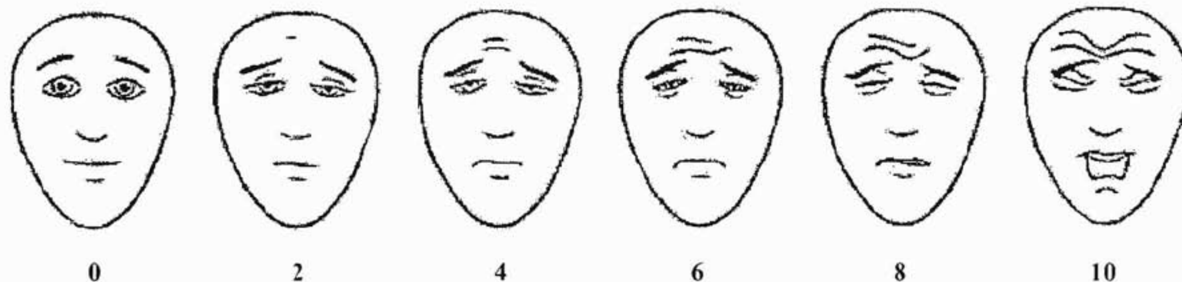
**Enfants de moins de 4 ans = (hétéro-évaluation) :**

- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né **(EDIN).**
- Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy **(DEGR)**
  - Douleur chronique
  - Cote 10 items de 0 à 4
  - En fonction de l'activité de l'enfant et de l'inertie psychomotrice.
- Echelle Objective Pain Scale **(OPS)**
  - Paramètres objectifs, la pression artérielle
  - Paramètres d'observation comportementale.

| Echelles d'évaluation principales | Critères cotés |
|---|---|
| **Echelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR)** | 1. **Position antalgique au repos**<br>2. Manque d'**expressivité**<br>3. **Protection spontanée des zones douloureuses**<br>4. **Plaintes** somatiques<br>5. **Attitude** antalgique dans le mouvement<br>6. **Désintérêt** pour le monde extérieur<br>7. **Contrôle exercé par l'enfant** quand on le mobilise (mobilisation passive)<br>8. **Localisation de zones douloureuses** par l'enfant<br>9. Réactions à l'**examen des zones douloureuses**<br>10. Lenteur et rareté des **mouvements** |
| **Echelle Objective Pain Scale (OPS)** | 1. **Pression artérielle**<br>2. **Pleurs**<br>3. **Mouvements**<br>4. **Agitation**<br>5. **Expression verbale ou corporelle** |

**ECHELLE DE 6 VISAGES :**

La consigne est : « Montre-moi le visage qui a mal autant que toi ».




| Antalgie avant le geste | Types de gestes invasifs |
|---|---|
| EMLA | • **Ponction veineuse**<br>• **Injection sous-cutanée**<br>• Intra-musculaire<br>• Intra-Dermo-Réaction |
| MEOPA et EMLA | • **Ponction lombaire**<br>• Myélogramme |
| MEOPA | • Paracentèse<br>• Sutures |

<table>
<tr><td>Analgésie type EMLA</td><td>• Le plus systématique possible avant les gestes invasifs.</td></tr>
<tr><td>Paracétamol</td><td>• <u>Per os</u> 15 mg/kg/6 h<br>• <u>IV</u> : Perfalgan® 500 mg/50 ml nourrisson et enfant.<br>o Toujours respecter 4 h entre 2 administrations, maxi. 4 administrations par jour.<br>o Nourrisson > 10 j et enfant < 33 kg =15 mg/kg/administration (maxi. 60 mg/kg/j)<br>o Nouveau-né < 10 j=7,5 mg/kg/administration (maxi. 30 mg/kg/j)</td></tr>
<tr><td>Aspirine</td><td>• 50 mg/kg/24 h en 4 à 6 prises.<br>• Nouveau né</td></tr>
<tr><td>AINS</td><td>• <u>Nifluril®</u><br>o suppo 400 mg.<br>1/2 suppo entre 6 et 30 mois<br>1 suppo/10 kg de poids entre 30 mois et 12 ans.<br>(maxi. 3 suppos/jour.)<br>AMM à partir de 6 mois.<br>o gél. 250 mg.<br>2 à 3/j, enfant de + de 12 ans.<br>• <u>Voltarène®</u><br>o cp 25 mg, suppo 25 mg.<br>o 2 à 3 mg/kg/24 h en 2 à 3 prises<br>o AMM : suppo : > 4 ans, cp > 6 ans, poids > 16 kg.</td></tr>
<tr><td>Codéine</td><td>• Codenfan® sirop 1 ml = 1 mg.<br>o 2 à 4 mg/kg/24 h à partir de 1 an<br>o 0,5 à 0,75 mg/kg/6 h, sans dépasser 1 mg/kg/prise et 6 mg/kg/j.</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **Paracétamol + Codéine** | • Codoliprane® paracétamol 400 mg, codéine 20 mg<br>o AMM > **6 ans et 14 kg**<br>• Efferalgan Codéiné® paracétamol 500 mg, codiéne 30 mg<br>o AMM > **15 kg**, 0,5 à 1 mg/kg/4 à 6 h<br>• Attention, **rendent la courbe de température difficile à interpréter.** |
| **Nalbuphine** | • Nubain®<br>o AMM > **18 mois**<br>o 0,2 mg/kg/4 h ou 6 h en IV (15 mn)<br>o 0,4 mg/kg en IR (intéressant en cas d'urgence). |
| **Morphine** | • Per os : 1 mg/kg/24 h en 6 prises si forme LP<br>• SC : 0,1 mg/kg/4 h ;<br>• IV : 0,05 mg/kg/4 h (0,025 à 0,1 mg/kg pour éventuelle titration)<br>• AMM > **6 mois**<br>• **Attention, la voie SC est douloureuse.** |

**COMMUNIQUE DE L'AFSSAPS DU 15 JUILLET 2004 :**
**FIEVRE ET DOULEUR CHEZ L'ENFANT ATTEINT DE VARICELLE :**
**L'UTILISATION D'AINS N'EST PAS RECOMMANDEE**
**= Syndrome de Reye**

Notes personnelles

# N°69. SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE . ACCOMPAGNEMENT D'UN MOURANT ET DE SON ENTOURAGE.

**DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS (Société française d'accompagnement et des soins palliatifs)**

- « Ce sont des **soins actifs** dans une **approche globale** de la personne en **phase évoluée ou terminale** d'une maladie potentiellement mortelle.
- Prendre en compte et viser à **soulager** les douleurs **physiques** ainsi que la souffrance **psychologique**, morale et spirituelle, devient alors primordial.
- Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. Ils **ne hâtent ni ne retardent le décès**.
- Leur but est de préserver la meilleure **qualité de vie** possible jusqu'à la mort.
- Ils sont **multidisciplinaires** dans leur démarche. »

| | SOINS CURATIFS | SOINS PALLIATIFS |
|---|---|---|
| **Buts** | • **Guérison**<br>• **Durée** de vie | • **Confort**<br>• **Qualité** de vie |
| **Thérapeutique curative ?** | • Justifiée | • Non justifiée<br>• **Acharnement** thérapeutique |
| **Lieu de prise en charge** | • Domicile - Maisons de retraite<br>• Hôpitaux - Cliniques | • Domicile - Maisons de retraite<br>• Hôpitaux - Cliniques<br>• **Unités de soins palliatifs** |
| **Approche** | • Médico-technique | • **Pluridisci-plinaire** |
| **Dimension psycho-sociale** | • Accessoire | • **Essentielle** |
| **Présentation de la mort** | • Echec naturel | • **Evènement naturel** |

## IDENTIFIER UNE SITUATION RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

**1- Maladie :**

- Mortelle.
- **Sans traitement curatif.**

**2- Malade :**

- Etat **psychologique = souhait du patient**.
- Etat physique.

**3- Soignants :**

- Equipe **multidisciplinaire** (médecin, infirmière, psychologue…).
- Compétente en terme de soins palliatifs.
- **Refusant l'acharnement thérapeutique**.

## PRINCIPES DE LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT

- **Respecter la dignité et l'autonomie du patient.**
- Avoir pour seul guide **l'intérêt du patient.**
- S'appuyer sur un **discours rationnel** et technique.
- S'engager à partager une partie du fardeau
- Toujours **s'adapter aux réactions** qu'éprouve le patient dans son vécu.
- Toujours adopter une attitude d'**écoute** et de **soutien.**

## EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS

**1- Lieu :**

- **En consultation ou dans une chambre.**

**2- Langage :**

- Simple et **compréhensible.**

**3- Information délivrée :**

- Information **claire, loyale et appropriée.**
- De façon **progressive.**
- **Projet thérapeutique générateur d'espoir.**
- Etre très précis sur les évènements immédiats.

**4- Soutient psychologique :**

- Avec **empathie.**
- Ecouter et laisser exprimer ses émotions.
- Soutien patient et famille.
- Assurer le **confort** du patient.

**5- Revoir le patient quelques heures après.**

| | |
|---|---|
| **Nursing** | - **Matelas anti-escarre**<br>- **Mise au fauteuil précoce**<br>- Kinésithérapie<br>- Soins d'un éventuel escarre de façon non invasive (cf.)<br>- Toilette journalière. |
| **Digestif** | - **Soins de bouche :**<br>- Nettoyer<br>- Bicarbonate de sodium + Fungizone®<br>- Xylocaine® si douleur<br>- **Hydratation (orale et ± hypodermoclyse)**<br>- **Alimentation équilibrée**<br>- Si vomissements : Primpéran®<br>- Si constipation : Duphalac®. |
| **Respiratoire si dyspnée** | - **Fibroaspiration**<br>- **Kinésithérapie**<br>- **Scopolamine®**<br>- **Corticoïde**<br>- Morphine<br>- Anxiolytique<br>- Oxygénothérapie. |
| **Rétention aiguë d'urine** | Sondage urinaire. |
| **Agitation** | **Halopéridol®**. |
| **Psychologique** | - **Ecoute et relation d'aide**<br>- **Patient et famille**<br>- Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété<br>- Assurer le **suivi**<br>- Dépister une dépression. |

# PRESCRIPTION AMBULATOIRE DE SOINS PALLIATIFS (Fin de vie au domicile)

**ORDONNANCE : MEDICAMENTS**



- En hospitalisation à domicile **(HAD)**
- **Réseau de soins palliatifs**
- Avec un **médecin référent**
- **Multidisciplinaire** (médico-socio-psychologique)
- **100%**
- Avec surveillance régulière

**ORDONNANCE : INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT**

- Toilette
- Administration des traitements
- Alimentation par sonde
- Soins d'escarre

**ORDONNANCE : KINESITHERAPIE**

- Mobilisation passive et active
- Entretien de la force musculaire
- Lutte contre les rétractions tendineuses
- Drainage thoracique selon encombrement

**PSYCHOLOGUE**

- Ecoute et relation d'aide
- Patient et famille
- Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété
- Assurer le suivi
- Dépister une dépression

**ORDONNANCE MATERIEL MEDICALISE**

- Lit anti-escarre
- Pieds à perfusion

**AIDE A DOMICILE**

- Plateau-repas
- Aide-ménagère

## RENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS

**1- Bilan de l'état buccal :**

- Bilan **entrées et sorties**
- Capacité à la déglutition
- Recherche d'une **mycose buccale.**

**2- Soins de bouche**

**3- Stimuler la prise alimentaire :**

- Après évaluation de l'appétence personnelle
- Priorité **plaisir et confort** du patient
- Soutien **psychologique**
- Traitement de la douleur.

**4- Alimentation par voie orale :**

- Nutrition **hyper calorique et hyper protidique**
- Complément nutritionnel
- **Hydratation**
- Pas d'alimentation par voie invasive.

**5- Surveillance clinique et biologique (pré-albumine, albumine)**

## METASTASES OSSEUSES ET SOINS PALLIATIFS

**1- Traitement palliatif :**

- Prise en charge **multidisciplinaire et globale**
- Désir de la **famille et du patient**
- Avec médecin, psychologue, kinésithérapeute
- **Staff multidisciplinaire.**

**2- Traitement antalgique** (évaluation de la douleur = **EVA**) :

- Antalgique : palier OMS I, II, III
- Co-analgésique : corticoïdes, AINS
- Douleur neurologique : antidépresseur tricycliques, neuroleptiques.

**3- Traitement spécifique :**

- **Radiothérapie**
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- **Biphosphonates.**
- **Vertébroplastie.**

**4- Mesures physiques en fonction de la localisation :**

- **Décharge**
- **Corset rigide**
- **Kinésithérapie**

**Notes personnelles**

# N°70. DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

## DEFINITION DU DEUIL NORMAL

Définition :

- Ensemble des **réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales** survenant à la **suite de la perte d'une personne aimée.**

Déroulement en 3 phases :

- **Le choc :** émotionnel, physique, relationnel.
- **Dépression réactionnelle :**
  - Troubles de l'appétit, de la sexualité et du sommeil
  - Fatigue, souffrance profonde avec désintérêt pour le monde ambiant
  - Difficultés de fonctionnement et intenses inhibitions
- **Soulagement : avec l'élaboration de nouvelles entreprises et la formation de nouveaux attachements.**

## DEFINITION DU DEUIL PATHOLOGIQUE

Définition :

- **Etat invalidant secondaire à la perte d'un être cher**

Durée :

- Brève ou prolongée

Physiopathologie :

- **Fixation à l'une des étapes du deuil normal**

1 risque majeur :

- **Suicide**

Conséquences invalidantes du deuil :

- Manifestations **somatiques** variées :
  - Pathologies **cardio-vasculaires +++**
  - Asthme
  - UGD
  - Décompensation d'une maladie chronique
- Manifestations **psychiques** :
  - **Déni** et intériorisation
  - **Culpabilité**
  - **Dépression**
- Manifestations **comportementales** :
  - Troubles du comportement
  - Conduites addictives
  - Risque suicidaire.

## PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT

Expliquer clairement à l'enfant :
- **Qu'il n'est pas responsable**
- **Qu'il n'est pas en danger de mourir**
- Qu'il doit continuer à s'occuper de lui
- Qu'il doit continuer à aimer le décédé.

Le comportement à adopter envers l'enfant est :
- **Le faire participer activement**
- **Laisser s'exprimer l'enfant**
- **Eviter le sentiment de culpabilité**
- Evaluer le changement de mode de vie
- Surveiller l'apparition de complications.

## PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE CHEZ L'ADULTE

- **Verbalisation et expression des émotions**
- Ne pas tenter de consoler à tout prix
- **Psychothérapie de soutien**
- Association d'aide et groupe de parole
- Rarement traitement antidépresseur.

## FACTEURS DE RISQUE D'UN DEUIL PATHOLOGIQUE

Facteurs liés au décédé :
- Age
- **Lien de parenté.**

Facteurs liés à l'endeuillé :
- Age
- Socio-économique : isolé et défavorisé
- **Personnalité** : immature et dépendante
- **Psychologique** :trouble de la personnalité, maladie psychiatrique (dépression +++)
- Médical :état pathologique chronique.

Facteurs liés au décès :
- **Brutalité du décès**
- Suicide
- Accident
- Disparition.

**Notes personnelles**

## PRECISIONS SUR LE CERTIFICAT DE DECES

| | |
|---|---|
| **La date et l'heure du décès** | • OBLIGATOIRE |
| **Obstacle médico-légal** | • **Suicide ou décès suspect** paraissant avoir sa source dans une infraction<br>• Le **corps** est alors **à la disposition de la justice**<br>• Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :<br>- Don du corps<br>- Soins de conservation<br>- Transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé<br>- Admission avant mise en bière en chambre funéraire<br>- Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès<br>- Fermeture du cercueil<br>- Inhumation (par voie de conséquence)<br>- Crémation |
| **Mise en bière immédiate** | • **Indications**<br>- Maladies **contagieuses**<br>- Maladies **épidémiques**<br>- Mauvais état du corps<br>• Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :<br>- Don du corps<br>- Soins de conservation<br>- Transport de corps avant mise en bière en chambre funéraire<br>- Prélèvement en vue de rechercher les causes du décès |

| | |
|---|---|
| **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** | • **Varioles**<br>• Autres orthopoxviroses : **choléra**<br>• **Maladie du charbon**<br>• **Fièvres hémorragiques virales** |
| **Don du corps** | • Impossible en cas<br>- d'obstacle médico-légal<br>- de maladie contagieuse.<br>• La **carte de donateur** doit être demandée. |
| **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** | A la **demande du médecin** qui constate le décès<br>A la demande **du préfet** |
| **Prothèse** | Toute **prothèse fonctionnant au moyen d'une pile** doit être **enlevée avant la crémation.**<br>Toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. |

# ANNEXE 1

(Conférence de consensus sur la fin de vie)

**Notes personnelles**

## COMMENT RECONNAITRE ET RESPECTER LES ATTENTES, LES DEMANDES ET LES DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE ?
(conférence de consensus)

1. **Quels sont les besoins fondamentaux des personnes en fin de vie ? Comment repérer et y répondre en les respectant ?**
   - Les besoins fondamentaux de l'homme tiennent à son humanité même : ils sont constants.
   - Les besoins de la personne malade sont **multiples et complexes.**
   - Les besoins de confort, au sens de **bien-être**, s'avèrent déterminants en fin de vie. Cette démarche relève d'une **prise en charge globale** de la personne.
   - **L'information et la communication** au sein des relations qui s'établissent relèvent d'un besoin et d'une exigence encore trop souvent négligés.
   - Une telle approche ne doit pas compromettre les besoins d'intimité, de **respect de la sphère privée et de la vie émotionnelle.**
   - Ne pas répondre aux besoins spirituels.
   - Repérer et entendre les besoins fondamentaux des personnes en fin de vie en institution ou au domicile nécessite de leur **consacrer une extrême attention et une haute considération**.

2. **Quels sont les droits des patients en fin de vie ?**
   - Il s'agit notamment du **droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement**, du droit à l'**information**, à **l'autonomie** et au **consentement dans la prise de décision**, et à la **désignation d'une « personne de confiance ».**

3. **Comment communiquer avec la personne qui pressent sa mort, face à ses désirs, ses demandes et ses craintes ?**
   - La **demande de mort est parfois exprimée par le malade**.
   - Cette démarche tient parfois à l'ambivalence de la personne malade en fin de vie ou au besoin d'être mieux **soulagée, comprise, réconfortée** ou **confortée dans sa dignité.**
   - Il importe de **ne pas juger** a priori, d'accorder à cette demande l'**attention** qu'elle mérite, de témoigner en ces circonstances tout particulièrement un **respect profond** et d'y **consacrer tout le temps nécessaire** dans le cadre de procédures formalisées.
   - Il est impératif de **distinguer l'abstention ou l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale, la sédation visant au soulagement de symptômes intolérables, de ce que constitue une interruption délibérée de la vie**. Le terme générique d'« euthanasie » employé indifféremment pour qualifier ces trois situations est à la source de confusions et ne doit donc pas être utilisé du fait de son caractère réducteur.

## COMMENT RECONNAITRE ET RESPECTER LES ATTENTES, LES DEMANDES ET LES DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE ? (SUITE)

(conférence de consensus)

- **L'abstention thérapeutique, l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale ou la sédation ne s'opposent pas au processus conduisant à la mort,** tout en ne la provoquant pas de manière délibérée. Il s'agit là d'une démarche d'accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie, relevant strictement des missions, compétences et responsabilités des professionnels de santé.
- Les directives anticipées.

4. <u>**Quelques situations spécifiques.**</u>

- **Nouveau-né, enfant et adolescent**

De même que pour l'adulte, les droits fondamentaux de l'homme spécifiquement reconnus aux enfants s'appliquent dès leur naissance et jusqu'au terme de leur vie, indépendamment de sa durée.
Il importe de communiquer à l'enfant toutes les informations nécessaires.
L'adolescent éprouve avec plus de violence la dépendance à la maladie grave.
Lorsque cela est possible ou souhaité, il doit être possible que l'enfant ou l'adolescent termine son existence au domicile.

- **Maladies neurodégénératives avec altérations cognitives**

Les besoins de confort de la personne atteinte d'une maladie neurodégénérative avec altération cognitive sont assurément sous-évalués.
Une attention particulière doit être accordée à la fin de vie de la personne âgée atteinte d'affection dite démence.

- **Psychiatrie**

La fin de vie d'une personne dans un contexte psychiatrique suscite nombre de questions.

- **Services d'accueil des urgences**

Beaucoup de patients décèdent aux urgences.

- **Réanimation**

En cas de décision vitale, il conviendrait de pouvoir associer à la concertation initiale les proches et la « personne de confiance » désignée par le malade. La prise de décision relève toutefois de la seule responsabilité de l'équipe médicale.

- **Gériatrie**

Le souhait des personnes âgées est généralement de mourir chez elles, dans le cadre d'un environnement qui leur est familier et les rassure.

- **Précarité sociale**

Les soignants doivent consacrer toute leur attention à la solitude et au dénuement des personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion.

## ACCOMPAGNER JUSQU'AU BOUT ?
(conférence de consensus)

1. <u>Quelles valeurs accorde-t-on à la fin de vie ?</u>
   - Les valeurs de référence renvoient au **respect de la personne dans sa vie jusqu'à son terme**.
   - Respecter la personne dans ses valeurs, c'est, dans tous les cas, maintenir un **dialogue** avec la personne et lui accorder crédit et **estime** dans **ce qu'elle exprime et souhaite partager**.
2. <u>Peut-on soigner sans prendre soin ?</u>
   - **Soigner et prendre soin** relèvent de conceptions complémentaires et interdépendantes des pratiques professionnelles médicales et paramédicales.
3. <u>Qu'est-ce qu'accompagner une personne en fin de vie ?</u>
   - De l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de la vie, les **besoins d'accompagnement** relèvent des **bonnes pratiques professionnelles.**
   - La **communication est adaptée** aux attentes de la personne.
   - L'altération de l'état physique et parfois psychique de la personne malade modifie inévitablement la relation de soin.
   - Un soin particulier doit être consacré à l'**écoute** et au recueil des positions exprimées par la personne malade et ses proches.
4. <u>Dynamique relationnelle : personne malade, famille, proches, équipe (professionnels et bénévoles)</u>

La fin de vie est un **processus irréversible** qui nous oblige à envisager l'imminence de ruptures. Une dynamique **transdisciplinaire** s'impose.

- Personne **malade**

  La personne malade exprime parfois des projets ambivalents dans le cadre d'échanges.
- Famille et **proches**

  La personne malade peut souhaiter bénéficier du soutien constant de ses proches et maintenir avec eux une relation intime.

  Il importe de prévenir et d'accompagner les situations de crises, sources de violences potentielles et de deuils pathologiques.
- **Professionnels** et **bénévoles**

  En fin de vie, l'intensification et la diversification des besoins justifient la pluralité d'approches assumées par les professionnels de santé et les membres d'associations de bénévoles.

  Il convient de veiller à la mise à disposition de l'ensemble des intervenants**, soignants** et bénévoles, des outils de **communication et de transmission** et y consacrer les **moyens nécessaires** en termes de dispositifs pratiques, d'organisation rigoureuse ainsi d'anticipation des crises.

## QUELLES SONT LA PLACE ET LES FONCTIONS DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE DANS LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT EN INSTITUTION ET A DOMICILE ?
(conférence de consensus)

1. **Enjeux de la place de la famille**
   Il convient de **reconnaître, de respecter et préserver** la place de la famille.

2. **La famille accompagnée : besoins, modalités de soutien**
   Une famille accompagnée peut assumer les responsabilités d'une famille accompagnante.
   Le soutien de la famille relève des objectifs du soin.

3. **La famille accompagnante : besoins, modalités de soutien**
   Les besoins exprimés par les familles sont multiples et parfois complexes.

4. **Accompagner la famille d'une personne en institution ou à domicile**
   - Accompagner la famille d'une personne en institution
   - Accompagner les personnes à domicile

   Le retour au domicile pose différents problèmes d'ordre organisationnel, mais aussi de capacité d'accueil. Il convient de les analyser, d'anticiper les éventuelles difficultés et d'apporter des réponses adaptées.

# ANNEXE 2

(Mini guide de thérapeutique antalgiques)

# ANTALGIQUES DE PALIER 1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paracétamol** | Posologie :<br>1 g/6 h quelle que soit la voie d'administration. | CI :<br>Hypersensibilité au paracétamol. | Dafalgan®, Efferalgan®, Doliprane®, Paralyoc®, Perfalgan®... |
| **Aspirine** | Posologie :<br>Po : 500 mg à 1 g/8 h ; mini. 4 h entre 2 prises ; maxi. 2 g/prise, 6 g/24 h.<br>IV : 1 g IVL/6 ou 8 h ; maxi. 4 g/24 h. | CI :<br>Allergie salicylés et/ou AINS.<br>UGD en évolution.<br>Maladie hémorragique constitutionnelle ou acquise.<br>Risque hémorragique, anticoagulants oraux, HBPM.<br>Méthotrexate > 15 mg/sem.<br>Grossesse, allaitement. | Aspegic®, Aspirine UPSA®... |
| **AINS** | Posologie :<br>Po : - Nureflex® (Ibuprofène) 400 mg/6 h ; maxi. 1 200 mg/24 h.<br>- Profenid® (Kétoprofène) LP 200 mg 1 cp ou 1 gel/24 h. Autres présentations :100 à 300 mg/24 h.<br>IR : - Profenid® 100 à 300 mg/24 h (1-3 suppos).<br>IM : - Profenid® 100 mg/12-24 h.<br>IV : - Profenid® 50 mg IVL/6 h ou 100 mg IVL/8 h maxi. 48 h. | CI :<br>Allergie salicylés et/ou AINS.<br>UGD en évolution.<br>Insuffisance hépatocellulaire, Insuffisance rénale.<br>Attention avec diurétiques : IEC, inhibiteurs angotensine II.<br>Hypovolémie.<br>Enfant < 15 ans.<br>Méthotrexate > 15 mg/sem.<br>Anticoagulants oraux, héparine, antiagrégants plaquettaires, AINS, lithium. | Effets secondaires :<br>Les effets indésirables potentiels doivent toujours être présents à l'esprit lors de la prescription.<br>Troubles digestifs : de type gastralgie, ulcérations gastriques ou coliques<br>Insuffisance rénale aiguë : favorisée par l'hypovolémie<br>Syndrome hémorragique<br>Réactions allergiques cutanées. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Grossesse de plus de 6 mois.<br>Rectite, anite, rectorragies (suppos). | |
| **AINS Inhibiteurs de la Cox-2** | <u>Posologie :</u><br>Po : Celebrex® (Celecoxib) 200 mg/j ou, si besoin, 400 mg en 2 prises, dans le traitement de l'arthrose ou de la P.A.R.<br>IV, IM : Dynastat (Precoxib) 40 mg puis 20 ou 40 mg toutes les 6 à 12 h sans dépasser 80 mg/j dans le traitement à cours terme des douleurs postopératoires. | <u>Effets secondaires et CI :</u><br>Les mêmes que ceux des AINS non sélectifs avec semble-t-il moins d'effets secondaires digestifs. | |

# ANTALGIQUES DE PALIER 2

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Dextropropoxyphène (DXP) + Paracétamol** | <u>Posologie :</u><br>Po : 1 ou 2 gél. ou cp/4-8 h ; maxi. 6 gél. ou cp/24 h.<br>Insuffisance rénale : 8 h mini entre 2 prises. | <u>CI :</u><br>QS paracétamol.<br>DXP : allergie au DXP, insuffisance rénale sévère, enfant < 15 ans, allaitement, morphine, agoniste-antagoniste morphine.<br>Associations déconseillées : carbamazépine, IMAO, attention aux hypoglycémiants. | Diantalvic® gél. (30 mg DXP, 400 mg paracétamol).<br>Propofan® cp (27 mg DXP, 400 mg paracétamol, 30 mg caféine). |
| **Codéine + Paracétamol** | <u>Posologie :</u><br>Po : 1 ou 2 cp/4-6 h ; maxi. 6 cp/24 h.<br>Insuffisance rénale : 8 h mini. entre 2 prises. | <u>CI :</u><br>Allergie paracétamol ou codéine.<br>Insuffisance hépatocellulaire grave.<br>Asthme, insuffisance respiratoire.<br>Enfant < 6 ans et 14 kg.<br>Grossesse (1er trimestre),<br>Allaitement (relative).<br>Agoniste-antagoniste morphine. | Codoliprane® cp (20 mg codéine, 400 mg paracétamol).<br>Dafalgan codéiné® cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).<br>Efferalgan codéiné® cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).<br>Remarque : la codéine se transformant en morphine, l'association des deux est possible. |
| **Tramadol** | <u>Posologie :</u><br>Po : 50-100 mg/6 h ; maxi. 400 mg/24 h.<br>Insuffisance rénale : toutes les 12 h<br>Insuffisance hépatique : 1/2 dose ou par 12 h.<br>> 75 ans : toutes les 8-10 h. | <u>CI :</u><br>Hypersensibilité tramadol et/ou opiacés.<br>Insuffisance respiratoire sévère.<br>Insuffisance hépatocellulaire,<br>Insuffisance rénale sévère.<br>Epilepsie < 12 ans.<br>Grossesse, allaitement. | Contramol®, Topalgic® :<br>- gél, cp 50 mg ;<br>- cp LP 100 et 200 mg ;<br>- inj. 100 mg/2 ml. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | LP : 100-200 mg/12 h.<br>IV : 100 mg IVL (15 min) +/- 50 mg/10-20 min, maxi. 250 mg la 1ère heure.<br>Relais PSE : 200 mg/8-12 h ; maxi. 600 mg/24 h. | IMAO.<br>Non adapté pour le sevrage toxico. | |
| **Nefopam** | Antalgique d'action centrale, non morphinique, classée<br><u>Posologie :</u><br>IV : 20 mg IVL (30 min)<br>Relais PSE : 80-100 mg/24 h.<br>20 mg IM, 3 à 4 fois/24 h ; dose maxi. 120 mg/24 h. | <u>CI :</u><br>Insuffisance hépatocellulaire,<br>Insuffisance rénale sévère.<br>Convulsions ou antécédent de troubles convulsifs.<br>Enfant < 15 ans.<br>Grossesse, allaitement.<br>Troubles urétroprostatiques.<br>Glaucome angle fermé. | Acupan® inj. : 20 mg/2 ml. |
| **Nalbuphine** | <u>Posologie :</u><br>IV : 10-20 mg/4-6 h ; maxi. 160 mg/24 h. | <u>CI :</u><br>Insuffisance respiratoire sévère.<br>Insuffisance hépatocellulaire sévère<br>Agonistes morphiniques.<br>Relatives : grossesse, allaitement. | Nubain® inj. : 20 mg/2 ml. |
| **Bupre-norphine** | <u>Posologie :</u><br>Sublingual : 0,2-0,4 mg/8 h.<br>SC, IM : 0,3 mg/6-8 h ; maxi. 0,6 mg/6 h. | <u>CI :</u><br>Insuffisance hépatocellulaire,<br>Insuffisance rénale sévère.<br>Enfant < 15 ans.<br>Agonistes morphiniques.<br>IMAO.<br>Grossesse (2ème et 3ème trimestre),<br>Allaitement. | Temgesic® : cp : 0,2 mg ;<br>inj. 0,3 mg/ml. |

# ANTALGIQUES DE PALIER 3
## AGONISTES PURS

| | | |
|---|---|---|
| **Chlorhydrate de morphine** | Antalgique de référence.<br>Voies SC ou IV, continue ou discontinue toutes les 4 h. | Ampoules inj. à 10 et 50 mg. |
| **Sulfate de morphine** | Voie orale libération prolongée. | Moscontin® cp ou Skénan® gél., dosés à 10, 30, 60, 100, 200 mg, une prise toutes les 12 h.<br>Kapanol® cp à 20, 50, 100 mg, une prise toutes les 24 h. |
| **Sulfate de morphine** | Voie orale libération rapide. | Sevredol® cp, dosés à 10 et 20 mg.<br>Actiskenan® gél., dosées à 5, 10, 20 et 30 mg :<br>- Souvent : une prise toutes les 4 h ; des prises plus rapprochées peuvent être nécessaires.<br>- Utilisables en interdoses et pour la titration initiale. |
| **Fentanyl** | Voie transdermique. | Durogésic® patchs à 25, 50, 75, 100 µg/h.<br>Un patch toutes les 72 h.<br>AMM : douleur cancéreuse stable. |
| **Fentanyl** | Voie trans-muqueuse. | Actiq® 200 à 1 600 µg.<br>Seuls les dosages 200 et 400 µg sont retenus à Mignot.<br>La prescription doit être faite par un senior.<br>AMM : traitement des accès douloureux paroxystiques chez le patient cancéreux dont les douleurs sont contrôlées par un traitement de fond. |
| **Hydro-morphone** | Voie per os libération prolongée. | Sophidone® gél. à 4, 8, 16 et 24 mg ; une prise toutes les 12 h.<br>AMM : douleur cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine. |

| | | |
|---|---|---|
| **Oxycodone** | Voie per os libération prolongée. | Oxycontin® 10, 20, 40, 80 mg ; une prise toutes les 12 h. |
| **Oxycodone** | Voie per os libération rapide. | Oxynorm® 5, 10, 20 mg ; une prise toutes les 4 à 6h.<br>Utilisable en inter-doses (1/6 à 1/10 de la dose quotidienne totale d'Oxycontin®) et pour la titration initiale. |
| **Oxycodone** | Voie rectale (CI rectorragie, rectite récente). | Eubine® 20 mg 1 suppo/24 h (maxi. 4/24 h espacés de 6 h). |

**Notes personnelles**

**Notes personnelles**